103-04967/

Errata

Les organismes bénévoles de la santé au Canada : participation et soutien du public
Résultats de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation
Centre canadien de philanthropie, David M. Lasby, Don K. Embuldeniya, mars 2002

Résumé
page 1, paragraphe 1
La phrase « Cependant, le secteur bénévole de la santé comprend également les centres de santé communautaires, les services d'intervention en cas de crise, les services de santé publique comme les programmes récréatifs et sportifs, les cliniques de consultation sans rendez-vous et les centres de physiothérapie ainsi que les services médicaux d'urgence et les organismes qui oeuvrent dans un domaine particulier de la santé. »

doit se lire ainsi « Cependant, le secteur bénévole de la santé comprend également les centres de santé communautaires, les services d'intervention en cas de crise, les services de santé publique, les cliniques de consultation sans rendez-vous et les centres de physiothérapie ainsi que les services médicaux d'urgence et les organismes qui oeuvrent dans un domaine particulier de la santé. » *Selon le système de classification utilisé pour l'ENDBP, les programmes récréatifs et sportifs ne font pas partie du secteur bénévole de la santé.*

Résumé
page 2, paragraphe 3
La phrase « Les 25 % de Canadiens qui ont donné plus de 69 $ durant l'année à des organismes du secteur de la santé représentaient 76 % de la valeur totale des dons accordés au secteur de la santé. »

doit se lire ainsi « Les 25 % de **donateurs canadiens du secteur de la santé** qui ont donné plus de 69 $ durant l'année à des organismes de ce secteur représentaient 76 % de la valeur totale des dons accordés à ce secteur. »

Résumé
page 4, paragraphe 1
La phrase « Les 25 % de Canadiens qui ont consacré bénévolement 72 heures ou plus annuellement aux organismes de la santé représentaient 85 % du nombre total d'heures de bénévolat. »

doit se lire ainsi « Les 25 % de **bénévoles canadiens du secteur de la santé** qui ont consacré bénévolement 72 heures ou plus annuellement aux organismes de la santé représentaient 85 % du nombre total d'heures de bénévolat. »

Health Canada Santé Canada

Secteur bénévole de la santé
Documents de travail 2002

(Volume 2)

Santé Canada
Avril 2002

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens
à maintenir et à améliorer leur santé.
Santé Canada

Pour obtenir des exemplaires de cette publication, s'adresser à :
Section du secteur bénévole et des cadres stratégiques
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
I.A. 1917B1
Immeuble Jeanne-Mance, 17e étage
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Téléphone : (613) 946-2067
Télécopieur : (613) 954-5542
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/secteurbenevole

Les textes qui paraissent dans la présente publication sont reproduits avec la gracieuse permission ou sous licence accordée par leur auteur.

Issued also in English under title:
Voluntary Health Sector – Working Papers 2002

© Sa Majesté du chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2002

Les interprétations et les points de vue exprimés dans la présente publication ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les positions de Santé Canada ou des organismes parrains.

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour un usage personnel et non commercial seulement à condition que la source soit clairement mentionnée. La reproduction totale ou partielle de la présente publication à des fins commerciales est interdite sans l'autorisation écrite préalable de Santé Canada, Ottawa (Ontario), K1A 1B4.

N° de catalogue : H39-613/2002-2F
ISBN : 0-662-87012-3

Secteur bénévole de la santé
Documents de travail 2002

(Volume 2)

Section du secteur bénévole et des cadres stratégiques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Santé Canada

Avril 2002

Table des matières

Avant-propos iii

Introduction v

Notices biographiques vi

Résumé vii

Les bénévoles ne se ressemblent pas tous : le cas des organismes de la santé
Paul B. Reed
L. Kevin Selbee 1

Les ressources humaines en santé et le rôle du secteur bénévole
Jeff Carr 31

Les organismes bénévoles de la santé au Canada : participation et soutien du public – Résultats de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation
David M. Lasby
Don K. Embuldeniya 71

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation
Angela Febbraro
Michael Hall 135

Avant-propos

Les Canadiens font confiance et ont recours au secteur bénévole de la santé. Les organismes du secteur bénévole de la santé s'appuient sur les contributions, en temps et en argent, consenties par des millions de Canadiens pour offrir des services dans nos communautés, réaliser des recherches, promouvoir des changements et recueillir des fonds, toutes des activités qui visent à améliorer le mieux-être des Canadiens dans tous les groupes démographiques et contre tous les risques pour la santé. Ils contribuent également à mettre en valeur le potentiel des communautés en suscitant le bénévolat chez les Canadiens.

La plupart des partenaires de Santé Canada dans le domaine des politiques et des programmes sont des organismes bénévoles, et une part considérable des dépenses du Ministère est consacrée au secteur bénévole. Quoique bien renseignés sur l'efficience des différents programmes et organismes individuels, nous disposons par contre de très peu de résultats de recherche quantitatifs ou qualitatifs sur le secteur bénévole de la santé lui-même. Comme il s'agit d'un partenaire clé, nous souhaitons améliorer notre compréhension de cet important sous-secteur, qualifié de « troisième pilier » de la société par le Premier ministre.

L'ampleur de la contribution du secteur bénévole à la santé des Canadiens souligne la nécessité d'un ensemble exhaustif de recherches sur son rôle et son incidence sur les communautés canadiennes. Reconnaissant ce besoin, la Section du secteur bénévole et des cadres stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, a commandé une série d'études. *Secteur bénévole de la santé – Documents de travail 2002*, qui est le recueil de ces études, contribue à la compréhension des connaissances, des points de vue et des compétences propres au secteur bénévole de la santé au Canada et de la place importante qu'il occupe dans la vie canadienne. Ces études viennent combler des lacunes de connaissance dans les milieux gouvernementaux, universitaires et stratégiques au Canada et à l'étranger.

Le volume 1 de *Secteur bénévole de la santé – Documents de travail 2002* comprend six études portant sur divers aspects du secteur bénévole de la santé, tandis que les quatre études qui composent le volume 2 ont pour dénominateur commun les résultats de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation. Leurs auteurs constituent un groupe diversifié – travailleurs en santé communautaire, économistes, spécialistes des politiques, chercheurs statistiques, universitaires et membres d'organismes du secteur bénévole canadien – et leurs travaux couvrent une vaste gamme de sujets.

La publication de ces documents de travail constitue également un complément d'autres initiatives actuelles de Santé Canada et du gouvernement fédéral qui visent à améliorer la prestation des services de santé aux Canadiens et à renforcer les partenariats avec le secteur bénévole.

Santé Canada tient à remercier les auteurs de ces études et les organismes auxquels ils sont rattachés pour avoir tant contribué à notre compréhension du rôle essentiel que joue le secteur bénévole de la santé dans le maintien et l'amélioration de la santé des Canadiens. J'adresse aussi mes remerciements à Mary Jane Lipkin, chef de la Section du secteur bénévole et des cadres stratégiques, et à Karen Hill, analyste principale, qui ont mené le projet de publication à son terme.

Amanda Cliff
Directrice générale
Direction des politiques stratégiques
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada

Introduction

Une contribution importante à la santé et à la société

Il arrive parfois que la contribution du secteur bénévole canadien de la santé soit très visible, comme l'a été le rôle de la Croix-Rouge canadienne dans les interventions d'urgence à la suite des attentats du 11 septembre, tant au Canada qu'aux États-Unis. En d'autres temps, sa contribution est aussi silencieuse et discrète que le bénévole d'hôpital qui apporte une couverture chaude à un patient qui sort de chirurgie.

Que les gens et les organismes qui composent ce secteur soient sous les feux de la rampe ou qu'ils oeuvrent dans la coulisse, le secteur bénévole de la santé (SBS) au Canada contribue puissamment à la santé des Canadiens. Et les Canadiens font confiance au SBS et y croient, puisque chaque année plus de la moitié d'entre eux font des dons aux organismes de bienfaisance du domaine de la santé et que, parmi tous les secteurs, c'est le secteur de la santé qui recueille la plus grande part des dons caritatifs.

Cependant, malgré l'importance de sa contribution à la santé des Canadiens, le SBS est mal compris.

Comprendre le secteur bénévole de la santé

Nous savons que le SBS apporte une contribution importante à la recherche en santé et qu'il recueille chaque année des millions et des millions de dollars qui vont financer la recherche. Toutefois, il existe peu d'études qui ont ciblé le rôle, la taille et la composition du SBS. À l'inverse du secteur rémunéré de la santé, nous n'avons pas une cartographie détaillée du secteur bénévole de la santé. Par conséquent, le rôle réel du SBS dans le système de la santé demeure largement inconnu et sous-évalué.

Tout d'abord, comment définir le SBS? En termes simples, le SBS est constitué d'organismes et de bénévoles qui consacrent leurs efforts à l'amélioration de la santé humaine. Cela peut se faire de multiples façons : promotion et défense d'intérêts, prestation de services, recherche, sensibilisation du public, élaboration de politiques et collecte de fonds, pour n'en nommer que quelques-unes.

Les documents de travail

C'est dans le cadre de l'Initiative fédérale sur le secteur bénévole et en conformité avec son engagement de promouvoir l'acquisition de connaissances et la recherche que Santé Canada publie le présent recueil. Chacune des études dans *Secteur bénévole de la santé – Documents de travail 2002 (Volume 1* et *Volume 2)* apporte les éléments initiaux d'une somme de connaissances sur le rôle et les responsabilités du secteur bénévole de la santé au Canada. À ce titre, elles aideront à susciter un intérêt pour l'élaboration d'un programme de recherche sur et pour le secteur bénévole de la santé, elles influeront sur l'élaboration des politiques et des programmes dans les secteurs public et bénévole et, nous l'espérons, elles feront naître des efforts de recherche ultérieure sur cet important secteur.

Notices biographiques

Jeff Carr a obtenu une maîtrise en économie de l'Université de Toronto. Depuis deux ans, il travaille à Santé Canada, où ses recherches ont porté sur les dossiers du travail dans le domaine de la santé et sur la viabilité du système de santé. Il réside et travaille à Ottawa.

Don Embuldeniya est associé de recherche au Centre canadien de philanthropie. Il a travaillé, taut au Canada qu'à l'étranger, dans les domaines du développement international et des services sociaux et humains. Auteur de plusieurs articles sur la société civile au Canada, sur les réformes économiques au Sri Lanka et sur les femmes et le développement, il est titulaire d'une maîtrise en développement international de l'Université Clark, à Worcester (Massachusetts). Il poursuit actuellement ses études de doctorat à l'Université York.

Michael Hall est vice-président à la recherche au Centre canadien de philanthropie. Auteur de nombreuses publications sur le secteur sans but lucratif, dont *Charitable Fundraising in Canada* et *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation*, membre du conseil de l'ARNOVA (Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action) et coprésident du comité directeur de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, il est titulaire d'un doctorat en psychologie sociale de l'Université York.

David Lasby est associé de recherche au Centre canadien de philanthropie. Il a travaillé comme archéologue, spécialisé en technologie lithique et en méthodes quantitatives, en Jordanie, en Angleterre et au Canada. Il est titulaire d'une maîtrise en philosophie de l'Université de Cambridge et poursuit actuellement ses études de doctorat à l'Université de Toronto.

Paul B. Reed, Ph.D., est spécialiste supérieur des sciences sociales à Statistique Canada et professeur aux départements de droit et de sociologie et anthropologie de l'Université Carleton, à Ottawa. Son étude a été réalisée dans le cadre du Projet de la base de connaissances sur les organismes sans but lucratif, qu'il dirige depuis 1997. Son champ d'intérêt général est le comportement contributif.

L. Kevin Selbee est chercheur à Statistique Canada et étudiant au doctorat à l'Université Carleton, à Ottawa.

Résumé

Les quatre études du volume 2 portent chacune sur les résultats de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP), celle de 1997 et celle de 2000. À l'exemple des études parues dans le volume 1, elles sont rédigées selon l'optique propre à chacun des auteurs d'un groupe diversifié. Comme l'indiquent leurs notices biographiques, ces auteurs apportent une expérience d'une grande richesse à ce travail.

L'étude de **Paul Reed** et **Kevin Selbee** est la première de son genre à faire ressortir l'hétérogénéité du secteur bénévole, en général, et les caractéristiques tant distinctives que non distinctives des bénévoles de la santé, en particulier. Leur étude fait fond sur la richesse des données de l'ENDBP, qui est unique au monde par l'étendue, à la fois, de son échantillonnage et de son contenu.

Comme le laisse entendre le titre de l'étude, « Les bénévoles ne se ressemblent pas tous : le cas des organismes de la santé », les auteurs comparent les caractéristiques des personnes qui font du bénévolat au sein des organismes de la santé avec celles des bénévoles des organismes culturels et récréatifs, des services sociaux et des organismes religieux. Trois questions ont présidé à leur investigation. Les bénévoles de la santé diffèrent-ils de ceux d'autres secteurs? Si oui, en quoi diffèrent-ils? Quelles caractéristiques les bénévoles de la santé ont-ils en commun?

Entre autres constatations, leur analyse établit en quoi les bénévoles de la santé sont considérablement différent de ceux des organismes culturels et récréatifs, mais conclut qu'ils diffèrent peu de ceux des services sociaux et de ceux des organismes religieux.

L'étude de Reed et Selbee indique que des recherches plus poussées devront être effectuées, notamment sur les aspects suivants de la question : l'ethos social des différentes catégories de bénévoles; les raisonnements qui entrent dans le processus décisionnel des bénévoles, comment et quand les gens décident de faire du bénévolat, par exemple; le lien entre le bénévolat formel et informel.

Dans « Les ressources humaines en santé et le rôle du secteur bénévole », **Jeff Carr** examine la contribution à la santé du secteur bénévole en fonction de deux questions clés. Premièrement, quelle est la valeur économique de la contribution des bénévoles au système canadien des soins de santé? Deuxièmement, quels sont les déterminants clés du comportement bénévole? De cet examen se dégage une esquisse de l'étendue des ressources humaines que représentent les bénévoles pour la santé au Canada.

Carr se penche sur deux catégories distinctes de bénévolat : le bénévolat organisé et le bénévolat non organisé. Les bénévoles « organisés » sont ceux qui donnent de leur temps par l'intermédiaire d'organismes officiellement reconnus, comme Centraide ou les hôpitaux. La plupart des études ont porté sur ces bénévoles, qui consacrent annuellement à peu près 93 millions d'heures, comparativement aux 1,7 milliard d'heures du personnel rémunéré du secteur public de la santé. La deuxième catégorie est constituée des bénévoles « non

organisés », lesquels accordent annuellement 2,3 milliards d'heures et représentent une ressource supérieure même à la main-d'oeuvre rémunérée. En comparant la valeur économique des contributions des bénévoles à celle des travailleurs rémunérés de la santé, Carr détermine une gamme d'évaluations économiques possibles qui indiquent l'importance énorme du secteur bénévole dans la prestation des soins de santé au Canada.

Utilisant des données de Statistique Canada et de l'ENDBP, Carr procède à un examen quantitatif plus serré afin d'établir quels facteurs sont les déterminants clés de la décision de faire du bénévolat et, chez ceux qui s'engagent dans le bénévolat, de la décision du temps qu'ils consacreront à leurs activités bénévoles. Parmi la diversité des facteurs, l'âge et le sexe par exemple, Carr constate que le niveau de scolarité tend à être le facteur le plus important dans la décision individuelle de faire ou non du bénévolat.

En conclusion, Carr examine les répercussions de ses constatations pour ce qui est de la collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques.

La prochaine étude dans ce volume, préparée par le Centre canadien de philanthropie (CCP), est intitulée « Les organismes bénévoles de la santé au Canada : participation et soutien du public – Résultats de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation ». Ses auteurs, **David Lasby** et **Don Embuldeniya**, apportent une information détaillée sur les Canadiens qui donnent de leur argent et de leur temps aux organismes du secteur bénévole de la santé.

Leur étude constitue une mise à jour d'un rapport antérieur, intitulé *Voluntary Health Organizations in Canada: Public Involvement and Support*, qui était basé sur les données de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP). La nouvelle étude compare les données de 2000 et de 1997 afin de dégager les tendances qui caractérisent le don et le bénévolat aux organismes du secteur bénévole de la santé in Canada.

Pour ce qui est des dons, tant le pourcentage des Canadiens qui ont donné aux organismes de la santé que le montant annuel moyen de leurs dons ont augmenté dans chacune des provinces entre 1997 et 2000. Bien que généralement représentatifs des Canadiens dans leur ensemble, les donateurs du secteur de la santé tendaient à être bien scolarisés, à occuper un emploi (particulièrement à temps plein) et à disposer d'un revenu de ménage plus élevé que la moyenne. Ils semblaient aussi plus enclins à donner que d'autres donateurs en raison d'une motivation personnelle reliée au travail des organismes qu'ils appuyaient. Comme en 1997, la plus grande partie de l'argent donné aux organismes de la santé provenait d'un nombre relativement peu élevé de Canadiens. (Les 25 % de Canadiens qui ont donné plus de 69 $ durant l'année à des organismes du secteur de la santé représentaient 76 % de la valeur totale des dons accordés au secteur de la santé.) Les organismes bénévoles de la santé pourraient envisager des moyens pour élargir cette base de soutien. Ils pourraient aussi réexaminer les moyens par lesquels ils sollicitent les donateurs et la manière dont ils traitent avec les donateurs dans les périodes économiquement difficiles.

Quant au bénévolat, bien que le pourcentage de Canadiens qui font du bénévolat auprès des organismes de la santé ait quelque peu diminué entre 1997 et 2000, les bénévoles de la santé ont consacré, en moyenne, davantage d'heures (87 heures en 2000, contre 73 heures en 1997). Les facteurs d'ordre personnel jouaient un rôle important dans la motivation des bénévoles du secteur de la santé. Malgré le dévouement et l'engagement personnel marqués des bénévoles de la santé, il y a quelques points qui pourraient préoccuper les organismes bénévoles de la santé. Un nombre relativement peu élevé de bénévoles faisait la plus grande partie du travail. (Les 25 % de Canadiens qui ont consacré bénévolement 72 heures ou plus annuellement aux organismes de la santé représentaient 85 % du nombre total d'heures de bénévolat.) Les bénévoles de la santé, comme ceux des autres secteurs, sont de plus en plus pressés par le temps. Les organismes de la santé pourraient avoir à restructurer leurs possibilités de bénévolat pour accommoder les bénévoles qui ont seulement un nombre limité d'heures à donner.

Les auteurs signalent que les donateurs et les bénévoles du secteur de la santé jouent un rôle important dans le financement et la prestation des programmes et des services du secteur de la santé. Toute réduction de leur nombre risquerait d'avoir des répercussions considérables sur les organismes de la santé. Ces répercussions seraient particulièrement graves à une époque où les gouvernements envisagent des changements au financement du secteur de la santé au Canada et où le recours à l'effort bénévole devrait vraisemblablement augmenter.

La quatrième étude, intitulée « Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation », est un rapport réalisé antérieurement par **Angela Febbraro** et **Michael Hall** pour le Centre canadien de philanthropie. Elle a deux grands objectifs. Premièrement, elle évalue les conséquences de la classification des organismes de la santé utilisée dans l'ENDBP de 1997 pour l'interprétation des données recueillies au cours de celle-ci, compte tenu de la définition de la santé utilisée par Santé Canada et élaborée par le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999). Deuxièmement, elle offre une analyse des données de l'ENDBP de 1997 sur les dons aux organismes bénévoles de la santé et montre comment il est possible d'utiliser le système de classification actuel pour obtenir de l'information sur les dons aux organismes de la santé. Les auteurs signalent que, malgré certaines limites, le système actuel de classification des organismes utilisé dans l'ENDBP de 1997 permet de saisir l'ampleur et la nature du soutien du public aux organismes considérés comme oeuvrant directement dans le secteur de la santé, suivant le cadre établi par Santé Canada.

Ces quatre études composent le recueil *Secteur bénévole de la santé – Documents de travail (Volume 2)*.

Les bénévoles ne se ressemblent pas tous : le cas des organismes de la santé

Rédigé pour Santé Canada dans le cadre de la série de rapports du Projet de la base de connaissances sur les organismes sans but lucratif

Statistique Canada et Université Carleton
Paul B. Reed et L. Kevin Selbee

2002

© Ministre de l'Industrie, Gouvernement du Canada, 2002. Tous droits réservés.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel du gouvernement du Canada (ni des organismes parrains).

Les auteurs seraient heureux de prendre connaissance de vos observations ou suggestions.
Pour joindre Paul Reed :

Téléphone : (613) 951-8217
Télécopieur : (613) 951-6313
Courriel : paul.reed@statcan.ca

MISE EN GARDE

Les interprétations ou opinions exprimées dans le présent rapport ne concordent pas nécessairement avec celles des organismes parrains.

Table des matières

Introduction 4

Recherche sur l'hétérogénéité du secteur bénévole 7

Stratégie de collecte de l'information et d'analyse 9

Résultats 13

Dynamique sociale : comment et pourquoi devient-on bénévole? 18

Discussion finale 22

Implications aux fins d'études complémentaires 24

Annexe : Liste des variables 25

Bibliographie 29

Les bénévoles ne se ressemblent pas tous : le cas des organismes de la santé

Introduction

Dans la vie des humains, les mécanismes de tri entrent constamment en jeu; certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de choisir certains domaines de travail, ou encore de vivre dans certains quartiers, de se livrer à certaines activités ou de se joindre à certains organismes. Les sciences sociales ont, notamment, comme objectif général de répertorier et d'analyser les mécanismes de tri en action dans divers domaines. Le secteur du bénévolat étant l'un de ceux où l'on s'est peu préoccupé de ces mécanismes, nous n'avons donc pas encore de réponse solide à la question suivante : pourquoi certaines personnes (présentant des combinaisons distinctes de traits psychologiques) sont-elles plus susceptibles que d'autres de faire du bénévolat auprès de certains organismes?

La présente étude compare des personnes qui font du bénévolat auprès d'organismes du secteur de la santé à d'autres qui exercent leurs activités bénévoles au sein d'organismes culturels ou récréatifs, des services sociaux ou religieux. La recherche est axée sur trois questions. Les bénévoles du secteur de la santé sont-ils différents de ceux qui œuvrent dans d'autres domaines? Dans l'affirmative, quels sont les traits qui les différencient des autres bénévoles*? Quelles caractéristiques les bénévoles du secteur de la santé ont-ils en commun? Les réponses à ces questions permettront de mieux comprendre l'ensemble du secteur bénévole et pourraient également fournir aux organismes du secteur de la santé des renseignements sur les caractéristiques socio-démographiques et la dynamique sociale des bénévoles qui travaillent dans ce secteur et, de là, la possibilité de définir les segments de la population qui, à l'heure actuelle, ne leur donnent pas de bénévoles et d'adapter leurs stratégies de recrutement de sorte qu'ils puissent tirer parti de ces ressources.

Le champ de la présente analyse n'a pas encore été défriché : l'identité et les motivations des bénévoles, de même que les organismes auprès desquels ils font du bénévolat, sont autant de questions peu étudiées en dépit de leur intérêt. Un survol rapide de la littérature révèle l'existence d'une foule de constatations incohérentes, et même contradictoires, en dépit du nombre appréciable d'études réalisées aux fins de l'identification des bénévoles. Un portrait méthodique des bénévoles et de leurs motivations commence tout juste à se dessiner, sans beaucoup de précision toutefois (Wilson, 2000; Smith, 1994).

Ce phénomène trouve son explication en partie dans le fait qu'on considère d'ordinaire, aux fins de la recherche, que les bénévoles forment un seul groupe homogène. D'où la tentative de prise en considération d'un « vaste éventail d'activités différentes » sur la base d'un seul

---

* Le présent rapport est une adaptation de l'étude plus générale intitulée « *Volunteers Are Not All The Same: An Examination of Heterogeneity in Canada's Voluntary Sector* ». Ottawa, Statistique Canada, 2002.

point de vue théorique (Wilson, 2000, p. 233; voir également Williams et Ortega, 1986, p. 35, et Cnaan et Amrofell, 1994, p. 338). Dans une certaine mesure, cette attitude découle de l'absence d'une taxonomie théorique ou pratique de l'action bénévole, elle-même étant attribuable au fait qu'il n'existe aucune théorie convaincante du comportement des bénévoles en général.

Certains auteurs ont tenté d'élaborer des cadres de classification des activités de bénévoles et des organismes auprès desquels les gens font du bénévolat. Dans l'un de ces premiers cadres, les organismes sont classés dans des groupes distincts selon la fonction qu'ils remplissent aux yeux des membres. Gordon et Babchuck ont établi, en 1959, la distinction entre organismes expressifs et contributifs. Ceux du premier groupe offrent à leurs membres des activités qui constituent un but en soi, tandis que ceux du deuxième groupe exercent une influence sociale du fait qu'ils suscitent ou soutiennent un certain état ou changement normatif (1959, p. 25). Le problème qui saute aux yeux avec cette classification, comme les auteurs l'ont eux-mêmes reconnu, c'est que ces deux catégories ne sont pas absolument exclusives : certains organismes remplissent indubitablement ces deux fonctions et forment donc une troisième catégorie, celle des organismes contributifs-expressifs (1959, p. 26). Depuis son élaboration, cette structure tripartite a régulièrement refait surface, quoique à des intervalles assez éloignés, dans la littérature se rapportant à la recherche (voir Tomeh, 1973; McPherson et Smith-Lovin, 1986; Palisi et Korn, 1989; et Caputo, 1997, pour un exposé et une application de cette classification).

Depuis ce temps, diverses classifications connexes ont été proposées. Smith (1997, p. 273-274) établit une distinction entre les organismes de secours mutuel, dont les membres sont les principaux bénéficiaires de l'action bénévole, et les organismes offrant leurs services à des personnes autres que leurs membres. Cette distinction est liée à son analyse des bénévoles rattachés à l'association, qui travaillent au soutien d'un organisme, et des bénévoles rattachés au programme, qui travaillent pour les clients externes d'un organisme. Janoski et Wilson (1995, p. 272) font la distinction entre des associations autocentrées (professionnelles ou syndicales) et celles axées sur la collectivité (bénévoles de la collectivité, groupes confessionnels, etc.). Comme on le constate à l'étape de l'application de cette distinction, les auteurs ont dû avoir recours à un autre modèle théorique pour expliquer de façon satisfaisante chaque type d'activité bénévole (1995, p. 289-290).

Les chercheurs adoptent souvent un autre point de vue aux fins de la différenciation des activités bénévoles, selon que les bénévoles travaillent auprès d'organismes laïcs ou religieux. Cette distinction est faite d'ordinaire coup-par-coup, par exemple, lorsqu'on tente de voir si l'appartenance religieuse ou les croyances religieuses sont des facteurs qui poussent une personne à faire du bénévolat (voir Cnaan et coll., 1993; Musick et coll., 2000). À cet égard, on étudie habituellement comment les pratiques et les croyances religieuses d'une personne, par exemple, la pratique religieuse, influent sur la possibilité qu'elle fasse du bénévolat auprès d'un organisme religieux plutôt que laïc.

Enfin, il existe une autre manière d'examiner la question de l'hétérogénéité des activités bénévoles qui n'est pas fondée au départ sur une classification théorique clairement définie des activités ou des organismes. Celle-ci repose plutôt tout bonnement sur les catégories d'organismes d'ordinaire utilisés pour les données d'enquête et se borne à relever les écarts qui existent entre les bénévoles associés aux divers groupes d'organismes. Dans ces cas, on fait d'habitude valoir que les divers types d'organismes correspondent à des aspects importants, quoique mal définis, de la différenciation des bénévoles en fonction de leurs caractéristiques, valeurs et motivations personnelles. Dans l'une des rares études spécifiquement axée sur la prise en considération des multiples facettes des activités bénévoles, Williams et Ortega (1986) adoptent explicitement cette stratégie. D'autres chercheurs se sont intéressés aux facteurs qui incitent les gens à se joindre à un groupe (ou sous-groupe) particulier d'organismes (Cnaan et coll., 1993; Rotolo, 2000) ou ont étudié les personnes qui se joignent à un groupe particulier d'organisme en les comparant aux bénévoles des autres groupes (Berger, 1991).

Toutes ces tentatives visant l'établissement d'une distinction entre les genres d'activités ou d'organismes qui jouissent de la faveur des bénévoles ont de la valeur, sur le plan théorique, et doivent être poussées plus avant. L'une des principales difficultés qui surviennent à l'étape de l'application de l'une ou l'autre de ces classifications est souvent le manque de précisions concernant les activités des bénévoles au sein des divers organismes, ce qui ne permet pas de les classer de façon claire et précise dans les diverses catégories de ces classifications. Quoiqu'il en soit, il vaut la peine que nous fassions un effort puisque nous élargissons de la sorte nos connaissances des divergences entre les groupes de bénévoles et du rapport entre celles-ci et les divergences qui existent entre les groupes d'organismes. À cette fin, la présente étude porte sur les traits psychologiques des bénévoles de plusieurs groupes d'organismes entre lesquels nous pouvons établir une distinction selon deux approches, suivant qu'on se fonde sur le caractère religieux ou laïc de l'organisme ou qu'on s'inspire du modèle expressif-contributif et de l'exemple des bénévoles au service de l'association ou du programme. Notre classification n'est toutefois pas axée sur les personnes qui tirent profit de l'activité en question (les membres par opposition aux clients), mais vise plutôt à déterminer si le service ou le produit fourni est une commodité ou répond à un besoin humain fondamental. Ainsi, les organismes du domaine de la culture, des arts et des loisirs fournissent d'ordinaire des commodités. Celles-ci peuvent améliorer la qualité de vie globale de quelques-unes ou de plusieurs des personnes faisant partie de la société mais, en se fondant sur un ensemble de critères normatifs et politiques, on peut faire valoir qu'elles ne sont pas essentielles et qu'elles sont substituables. En théorie, d'autres activités ou produits pourraient remplir le même rôle dans notre société. Personne ne se trouverait fondamentalement désavantagé du fait de la disparition d'un orchestre symphonique, d'un club de motoneigistes ou d'une ligue de soccer peewee. Il y aurait d'autres activités, dont bon nombre ne dépendent pas du soutien de bénévoles, qui pourraient procurer le même genre d'avantages. D'ordinaire, il n'existe toutefois pas de succédané à la satisfaction des besoins humains. Les aliments, les vêtements, le logement, les soins de santé et l'éducation sont des besoins auxquels seuls des services spécifiques peuvent répondre.

La distinction entre les commodités et les besoins n'est pas la même que celle qui existe entre les activités bénévoles de secours mutuel et celles rattachées à un programme. En particulier, les activités bénévoles liées à un programme qui ont pour objet de fournir des services à une clientèle ne sont pas identiques à celles qui sont conçues pour répondre à des besoins. Il est possible que les premières visent tout bonnement à fournir une commodité. Bon nombre d'organismes récréatifs ont des employés rémunérés mais dépendent de bénévoles pour la prestation de leurs services. Par contre, certains organismes de secours mutuel font beaucoup d'efforts pour répondre à des besoins précis dans leur collectivité. Font partie de cette catégorie, les groupes d'entraide dans le domaine de la santé et les coopératives d'habitation à loyer modéré.

Les distinctions entre les commodités et les besoins, et entre les activités laïques et religieuses, ne constituent que deux des nombreux aspects possibles de la différenciation des activités bénévoles. Il ne s'agit pas de catégories clairement établies faisant partie d'ensembles binaires précis. Chacune représente plutôt une polarité d'un continuum dans lequel s'inscrivent les activités de bénévolat. La distinction entre les activités qui fournissent des commodités et celles qui satisfont à des besoins est affaire de nuance, non pas d'écart absolu. Lorsque nous rattachons des groupes d'organismes à l'un ou l'autre pôle de ces aspects, nous supposons qu'une grande partie des activités en question relèvent de ce groupe particulier. La mesure dans laquelle ces aspects correspondent à des divergences observables au chapitre des traits psychologiques, des valeurs et des motifs des bénévoles confirme l'idée qu'ils ont une certaine importance.

Recherche sur l'hétérogénéité du secteur bénévole

Comme nous l'avons déjà mentionné, on présume couramment, mais tacitement, dans le domaine que les bénévoles forment un groupe homogène. Cette supposition est à la fois l'antécédent et la conséquence du peu de recherches méthodiques effectuées sur ce qui distingue les personnes qui font du bénévolat auprès de divers organismes.

Lorsque le genre d'organisme est pris en considération dans l'analyse, la recherche est souvent essentiellement axée sur les modèles d'appartenance à des associations bénévoles plutôt que sur l'accomplissement des activités bénévoles pour ces organismes. Étant donné que les membres constituent souvent le bassin dont proviennent les bénévoles, cette recherche sur l'appartenance peut nous fournir des indices utiles quant aux facteurs qui distinguent les personnes qui font du bénévolat auprès de divers organismes.

Dans l'ensemble, on peut dire que la littérature n'est pas abondante pour ce qui est des corrélations possibles étudiées à fond et, en mettant les choses au mieux, que les résultats ne sont pas clairs. À ce chapitre, le sexe constitue un bon exemple. Les premières études ont typiquement révélé que les femmes ont tendance à faire du bénévolat au sein d'organismes expressifs, tandis que les hommes font du bénévolat au sein d'organismes contributifs (Babchuk et Booth, 1969). Des conclusions plus récentes n'appuient pas cette assertion. Williams et Ortega n'ont relevé aucune divergence entre les hommes et les femmes pour ce

qui est de l'appartenance à des groupes récréatifs (expressifs) ou à des groupes de citoyens ou politiques (contributifs) (1986, p. 39, tableau 1). Palisi et Korn en sont venus à la conclusion que les femmes ont bel et bien plus tendance que les hommes à devenir membres d'organismes expressifs, mais n'ont pu vérifier le corollaire, soit que les femmes sont tout aussi susceptibles que les hommes de faire partie d'organismes contributifs (1987, p. 187, tableau 2). Comme McPherson et Smith-Lovin le soulignent, à mesure que les femmes se joignent à la population active et que la ligne de démarcation entre les rôles traditionnels s'estompe, il est possible que cette dichotomie soit moins marquée (1986, p. 62).

L'âge des bénévoles est un autre facteur qu'on étudie en rapport avec le genre d'organismes bénévoles. En particulier, on constate qu'à mesure qu'ils vieillissent les gens sont plus souvent membres de groupes confessionnels, de clubs d'entraide ou philanthropiques ou de groupes de citoyens ou politiques plutôt que d'associations récréatives ou professionnelles (Williams et Ortega, 1986, p. 38). D'autres études révèlent un lien entre l'âge et l'appartenance à des organismes expressifs en général mais non pas à des organismes contributifs (Palisi et Korn, 1989, p. 187). Les gens qui ont des enfants qui habitent à la maison sont plus souvent membres de groupes qui font du bénévolat auprès des enfants et des jeunes que d'associations religieuses ou professionnelles (Rotolo, 2000, p. 1148). En termes plus généraux, Janoski et Wilson concluent qu'en se fondant sur les facteurs liés au capital humain (éducation, revenu, statut socio-économique des parents), on peut prévoir l'appartenance à des organismes professionnels, et qu'en se fondant sur les facteurs de socialisation familiale (activités bénévoles des parents, activités auxquelles se livrait le répondant dans sa jeunesse), on peut prévoir l'appartenance à des organismes axés sur la collectivité (1995, p. 289). Prises ensemble, ces conclusions ne prouvent pas, hors de tout doute, le bien-fondé de l'établissement d'une dichotomie entre les organismes, selon qu'ils sont expressifs ou contributifs. Ce résultat s'explique peut-être toutefois par l'incapacité des groupes organisationnels généraux à rendre opérationnelle cette distinction.

Les éléments qui justifient la distinction entre organismes laïcs ou religieux ne sont pas beaucoup plus cohérents. L'appartenance à des organismes religieux est plus fréquente en présence de certains facteurs, comme le fait d'être marié ou que des enfants fassent partie du ménage (Rotolo, 2000, p. 1148). Il n'est pas étonnant de constater que les facteurs associés à l'engagement religieux favorisent le bénévolat auprès d'organismes religieux mais non pas laïcs. L'engagement religieux d'une personne se traduit par une plus forte propension à faire partie d'associations confessionnelles mais non pas d'organismes laïcs philanthropiques (Cnaan, et coll., 1993, p. 47). Toutefois, l'engagement religieux peut également avoir des répercussions négatives sur certains types d'action bénévole. La pratique religieuse soutenue peut, à vrai dire, supplanter l'appartenance à des organismes laïcs en favorisant l'appartenance à des organismes religieux ou à des organismes à la fois religieux et laïcs (Musick et coll., 2000, p. 1559).

Jusqu'à présent, les résultats des études sur l'importance du contexte dans lequel les personnes font du bénévolat sont loin d'être concluants. Ils donnent toutefois à penser que nous pourrions mieux comprendre qui sont les bénévoles et quelles sont leurs motivations en prenant en considération quels genres d'organismes attirent quels genres de membres.

Stratégie de collecte de l'information et d'analyse

Notre analyse est fondée sur les données de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP) menée par Statistique Canada en 2000. Les données proviennent des dossiers de 14 724 répondants et le fichier renferme 44 variables énumérées en annexe. Pour l'ensemble de l'analyse, la variable dépendante est le bénévolat défini comme un travail non rémunéré effectué pour un organisme sans but lucratif. Dans l'ENDBP de 2000, 26,7 % des répondants ont déclaré avoir fait du bénévolat pendant les douze mois précédents.

La première tâche consistait à déterminer la procédure d'identification des personnes ayant fait du bénévolat dans chacune des quatre catégories d'organismes que nous voulions étudier : santé, culture et loisirs, services sociaux et religieux. À cette fin, nous nous sommes servis du modèle de classification à deux chiffres de la *International Classification of Non-Profit Organizations* (ICNPO) élaborée à la *Johns Hopkins University*. En vertu de ce dernier, les organismes à but non lucratif sont répartis dans douze catégories générales sur la base de l'activité ou du domaine de travail principal de chacun (Salamon et Anheier, 1996). Aux fins de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation, la répartition des organismes bénévoles en fonction de cette classification a été effectuée par un groupe de spécialistes de Statistique Canada associés à l'enquête.

Tous les organismes mentionnés par les répondants à l'ENDBP ont été répartis dans les douze catégories qui figurent au tableau 1. Certains genres d'organismes auxquels trop peu de dossiers étaient associés pour qu'on puisse les utiliser à des fins statistiques, par exemple les groupes de protection de l'environnement, n'ont pas été pris en compte dans l'analyse. Plusieurs autres catégories d'organismes ont été laissées de côté (p. ex., les associations de gens d'affaires ou professionnelles et les syndicats) parce que nous pouvions difficilement comparer la nature de leurs objectifs ou activités principales aux objectifs ou activités des principaux organismes.

Tableau 1

Tableau 1 : Répartition des organismes auprès desquels les répondants ont fait du bénévolat en fonction des catégories de l'ICNPO[1]

Catégorie de l'ICNPO	Nombre d'organismes déclarés	Pourcentage des organismes déclarés
Culture et loisirs	1 420	23,2
Éducation et recherche	800	13,1
Santé	768	12,5
Services sociaux	1 200	19,6
Groupes environnementaux	170	2,8
Développement et logement	303	5,0
Droit, défense d'intérêt et politique	198	3,2
Organismes de philanthropie et de bénévolat	136	2,2
Organismes internationaux	52	0,9
Organismes religieux	872	14,2
Associations de gens d'affaires ou professionnelles, et syndicats	139	2,3
Autre organisme non classé ailleurs	66	1,1
Total des organismes auprès desquels les répondants ont fait du bénévolat	6 124	100

1. Compte tenu de la possibilité que chaque répondant déclare des liens avec trois organismes tout au plus et que deux de ces organismes, ou même les trois, peuvent appartenir à la même catégorie de l'ICNPO, ce tableau indique la répartition des organismes déclarés et non pas celle des répondants dans l'ensemble des organismes auprès desquels ils ont fait du bénévolat. Au total, 3 633 bénévoles faisaient partie de l'échantillon et ont déclaré avoir fait du bénévolat auprès de 6 124 organismes.

Finalement, nous avons sélectionné quatre catégories : santé, culture et loisirs, services sociaux et religion. On trouvera au tableau 2 la liste partielle des organismes faisant partie de chacune de ces catégories. Les trois premières catégories principales regroupent des types d'organismes assez simples. Font partie des organismes du domaine de la santé ceux qui sont associés à des hôpitaux et à la réadaptation, les maisons de soins infirmiers, les centres de santé mentale et d'intervention d'urgence et ceux qui offrent d'autres services comme des services de santé publique ou d'urgence. La catégorie de la culture et des loisirs réunit des groupes qui favorisent et soutiennent la culture et les arts, des associations de sports et des clubs de loisirs et de service social. On compte parmi les organismes de services sociaux ceux qui offrent des services aux enfants, aux jeunes et aux familles, aux handicapés et aux personnes âgées, des services d'urgence et de secours et des services d'aide au revenu ou d'alphabétisation. La quatrième catégorie, celle de la religion, regroupe les associations et les auxiliaires des congrégations religieuses qui diffusent des croyances religieuses et organisent des services religieux. Elle ne comprend pas les organisations religieuses dont la principale vocation est de répondre à des besoins dans d'autres secteurs, par exemple celui des services sociaux. Ainsi, l'Armée du Salut et la Société de Saint-Vincent de Paul font donc partie du grand groupe des services sociaux et non pas de celui de la religion.

Tableau 2

Tableau 2 : Exemples d'organismes faisant partie des quatre catégories de la classification de l'ICNPO retenues aux fins de la présente analyse.

Grand groupe de l'ICNPO			
Santé	Culture et loisirs	Services sociaux	Religion
Société d'Arthrite	Sports mineurs	Grands Frères / Grandes Sœurs	Église
Société pour la lutte contre le cancer	Clubs Kin	Scouts / guides	Mosquée
Fondation du cœur	Chevaliers de Colomb	Popote roulante	Temple
Fondation du rein	Club Lions	Croix-Rouge	
Ambulance Saint-Jean	Fondation optimiste	Armée du Salut	

La méthode de répartition dans les catégories de l'ICNPO ne permet pas de définir clairement la nature essentielle des organismes de chaque groupe et des activités de ceux-ci. En l'absence de liste exhaustive de tous les organismes classés dans chaque grand groupe et de précisions quant aux activités spécifiques de l'organisme dont le bénévole fait partie, on peut difficilement établir avec certitude l'intérêt que présentent ces groupes de l'ICNPO du point de vue de la détermination du comportement des bénévoles. Afin de réduire cette incertitude au minimum tout en conservant suffisamment de dossiers pour obtenir des résultats pouvant raisonnablement se prêter à des généralisations, nous avons limité nos comparaisons aux quatre plus importantes catégories d'organismes susmentionnées. L'unique grande catégorie exclue de l'analyse est celle de l'éducation et de la recherche (13,1 %) en raison de son caractère fortement hétérogène, regroupant non seulement l'enseignement et la recherche mais également des activités classées sous la rubrique « écoles et conseils scolaires ».

Les autres catégories de l'ICNPO qui ont été exclues de l'analyse représentent une proportion bien plus faible du total des organismes auprès desquels les répondants ont fait du bénévolat et ont été écartées en raison de leur taille. Figurent parmi celles-ci, les catégories du développement et du logement (5 %), du droit, de la défense d'intérêt et de la politique (3 %), des organismes environnementaux (3 %), des associations de gens d'affaires ou professionnelles et des syndicats (2 %), des organismes de philanthropie et de bénévolat (2 %), des organismes internationaux (1 %) et des autres organismes non classés ailleurs (1 %).

Nous avons axé notre analyse sur les quatre catégories d'organismes sélectionnés afin d'établir une distinction aussi claire que possible entre au moins trois types principaux d'activités (commodités, besoins et religion). En pratique, cette distinction n'est pas aussi facile à faire, étant donné que chaque bénévole peut faire partie d'un certain nombre d'organismes et en déclarer jusqu'à trois dans l'enquête. Pour préserver l'intégrité des quatre catégories, nous avons exclu les répondants qui avaient fait du bénévolat dans plus d'une des quatre catégories d'organismes, ce qui représentait au total 10 % de l'ensemble des bénévoles. Par conséquent, nos données pour les quatre groupes ne se recoupent pas car si un(e) répondant(e) déclarait avoir fait du bénévolat dans l'une des catégories, il (elle) était exclu(e) des trois autres catégories. Nous avons toutefois décidé de conserver les personnes qui pouvaient avoir fait du bénévolat auprès d'organismes appartenant à l'un ou l'autre des huit autres groupes exclus. La ligne de démarcation entre les quatre catégories principales a ainsi perdu de sa netteté mais dans une proportion négligeable. C'est ce que nous confirme un test de conformité, au cours duquel les profils psychologiques des versions pure et combinée ont été comparés. Ces profils étaient à peu près identiques. La taille de chaque groupe ainsi obtenu est indiquée au tableau 3.

Tableau 3

Tableau 3 : Répartition des répondants en fonction du genre d'organisme

	Nombre	Pourcentage de l'échantillon	Pourcentage des bénévoles faisant partie de l'échantillon	Pourcentage des bénévoles pris en compte dans l'analyse
Non-bénévoles	10 791	73,3		
Bénévoles auprès :				
D'organismes du domaine de la santé	386	2,6	9,8	15,8
D'organismes du domaine de la culture et des loisirs	854	5,8	21,7	35,0
D'organismes de services sociaux	684	4,6	17,4	28,0
D'organismes religieux	518	3,5	13,2	21,2
Sous-total	2 442	16,5	62,1	100
Combinaison d'organismes ci-dessus, ou autres organismes[1]	1 491	10,1	37,9	
Total	14 724	100	100	

1. Personnes exclues de l'analyse parce qu'elles (1) avaient fait du bénévolat auprès d'organismes du domaine de la santé et également auprès d'un ou de plusieurs organismes du domaine de la culture et des loisirs, de services sociaux ou religieux ou (2) n'avaient pas fait de bénévolat auprès d'organisme relevant de l'une ou l'autre des quatre catégories.

Stratégie d'analyse

L'analyse a été menée en quatre étapes successives. Premièrement, nous avons comparé les bénévoles du secteur de la santé à tous les non-bénévoles de l'échantillon; deuxièmement, nous avons comparé les bénévoles du secteur de la santé à l'ensemble des bénévoles des trois groupes autres que celui de la santé; troisièmement, nous avons comparé les bénévoles du secteur de la santé aux bénévoles de chacun des groupes individuels de la culture et des loisirs, des services sociaux et la religion. Aux fins de ces comparaisons, nous avons accouplé, à l'étape 1, chacune des 37 variables et, aux étapes 2 et 3, chacune des 44 variables. Pour chaque comparaison, nous avons calculé le niveau de signification statistique (test de Cramér-von Mises), à partir duquel nous avons déterminé si les groupes comparés différaient ou non. Nous avons établi qu'une variable signalait un écart entre deux groupes lorsqu'elle dépassait le seuil de 5 %. À la quatrième étape, nous avons défini, grâce à des régressions logistiques, les traits des bénévoles du secteur de la santé qui étaient différents de ceux des bénévoles des trois autres catégories*. Nous avons ainsi pu vérifier de manière directe si les bénévoles du secteur de la santé présentaient ou non des traits uniques. L'avantage de l'analyse logistique découle du fait que les variables indépendantes désignées comme significatives à l'issue de cette procédure sont celles qui importent aux fins de l'établissement d'une distinction entre les deux groupes de bénévoles en question. De la sorte, on peut mesurer directement de quelle manière les bénévoles du secteur de la santé diffèrent des bénévoles d'autres secteurs (ou ressemblent à ces derniers).

Résultats de l'analyse

A. Comparaison des bénévoles du secteur de la santé et des non-bénévoles

Pour l'ensemble des 37 variables, des divergences notables ont été relevées chez les bénévoles du domaine de la santé par rapport à 30 variables. On peut résumer les principales divergences en disant que le bénévole du secteur de la santé est plus susceptible que le non-bénévole de répondre aux critères suivants :

- fait des dons de charité et fait partie du groupe central de personnes faisant des dons de charité qui représentent les deux tiers du total des dons
- fait partie du groupe central pour ce qui est de la participation communautaire
- fournit directement un soutien personnel à d'autres personnes
- donne de l'argent à d'autres personnes
- habite dans la région de l'Atlantique, de l'Ontario ou des Prairies
- âge moyen (35-64)
- enfants faisant partie du ménage (6-17)

---

* Compte tenu de l'écart des valeurs utilisées aux fins de l'établissement d'un rapport entre les bénévoles du secteur de la santé (N=383) et des non-bénévoles (N=10 791), nous n'avons pas pu effectuer une analyse logistique fiable. Les résultats de l'analyse bidimentionnelle laissent croire que le schéma des divergences établi aux fins d'une autre étude qui comparait l'ensemble des bénévoles aux non-bénévoles s'applique aux bénévoles du domaine de la santé en tant que sous-groupe (Reed et Selbee, 2000).

- femme
- catégorie supérieure pour ce qui est du revenu du ménage (plus de 100 000 $)
- catégorie supérieure pour ce qui est de la scolarité et de la situation professionnelle
- protestant
- plus croyant et plus assidu pour ce qui est de la pratique religieuse
- d'origine britannique ou d'une autre origine ethnique
- en meilleure santé (déclaré par l'intéressé)
- vote plus souvent
- plus satisfait de son existence et exerce un meilleur contrôle sur celle-ci
- plus étroitement associé, dans sa jeunesse, à des groupes sportifs, scolaires ou religieux et à des activités bénévoles.

En bref, les bénévoles du domaine de la santé se distinguent des non-bénévoles tout autant, et de la même manière, que les bénévoles dans l'ensemble. En d'autres termes, ils sont très typiques quant à leurs divergences avec les non-bénévoles.

B. Comparaison des bénévoles du secteur de la santé et de ceux des trois autres groupes combinés

Des divergences entre les bénévoles associés à des organismes de la santé et ceux qui font partie d'organismes culturels et récréatifs, de services sociaux ou religieux ont été relevées à l'égard de 15 des 46 variables.

Le bénévole du domaine de la santé est plus susceptible :

- d'habiter en Ontario
- de vivre dans une ville d'un million d'habitants ou plus
- de faire partie d'un ménage comptant moins d'enfants de 6 à 12 ans
- d'être une femme (64 % c. 49 %)
- d'être protestant

et il est moins susceptible :

- de faire partie du groupe central des bénévoles
- d'être croyant et d'être assidu dans sa pratique religieuse.

Le nombre d'heures que les bénévoles du secteur de la santé consacrent chaque année en moyenne au bénévolat (111,3) est considérablement inférieur à celui enregistré pour le groupe combiné (150,8), tout comme le montant annuel moyen de leurs dons de charité (286 $ contre 381 $). Proportionnellement, ils font plus de dons de charité à des organismes laïcs (75 % contre 65 %).

Nous pouvons donc conclure que les bénévoles du domaine de la santé se distinguent modérément de ceux des trois autres groupes pris ensemble.

C(i). Comparaison des bénévoles du secteur de la santé et des bénévoles du secteur de la culture et des loisirs

- des divergences ont été relevées à l'égard de 19 des 46 variables
- sont beaucoup plus susceptibles d'être des femmes
- sont moins susceptibles d'avoir des enfants à la maison, de faire partie de la population active, de vivre au Québec ou dans les Prairies, de prendre part à des activités sociales ou communautaires, et
- sont plus susceptibles d'être protestant et de faire preuve d'une plus grande assiduité dans leur pratique religieuse.

Les bénévoles du domaine de la santé ont consacré au bénévolat en moyenne 111 heures par année, comparativement à 157 heures pour les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs.

C(ii). Comparaison des bénévoles du secteur de la santé et des bénévoles du secteur des services sociaux

- des divergences ont été enregistrées relativement à seulement 8 des 46 variables
- sont plus susceptibles d'être des femmes et d'être mariés
- sont un peu plus susceptibles d'être d'origine britannique
- sont un peu plus susceptibles d'être plus âgés (proportionnellement, on compte un peu plus de personnes plus jeunes parmi les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs).

Les bénévoles du secteur de la santé se distinguent donc peu de ceux du secteur des services sociaux et au point de vue d'un petit nombre de variables.

C(iii). Comparaison des bénévoles du secteur de la santé et des bénévoles associés à des organismes religieux

Des divergences ont été relevées relativement à 17 des 46 variables. Les bénévoles du secteur de la santé sont plus susceptibles de vivre dans une grande ville, d'avoir une plus petite famille, d'être catholique ou de ne pas pratiquer de religion, d'être né au Canada ou d'être d'origine britannique et de faire partie du groupe des personnes d'âge moyen. Ils sont moins susceptibles de faire preuve d'assiduité dans leur pratique religieuse et de faire partie du groupe central des personnes qui font des dons de charité et prennent part à des activités communautaires.

Pour ce qui est du total des heures consacrées chaque année au bénévolat, peu de divergences sont observées entre les bénévoles du secteur de la santé et ceux associés à des organismes religieux. En ce qui à trait à leur comportement en matière de dons, les divergences entre ces deux groupes sont toutefois très marquées : la contribution annuelle des bénévoles du secteur de la santé représente le tiers de celle des bénévoles associés à des organismes religieux (286 $ c. 796 $), et une proportion beaucoup plus grande de leurs dons vont à des organismes laïcs (75 % c. 40 %).

D. Définition des caractéristiques distinctives des bénévoles du secteur de la santé : de l'analyse bidimensionnelle à l'analyse multidimensionnelle

En matière de contribution, qu'il s'agisse de bénévolat ou de dons charitables, les comportements observés sont des phénomènes complexes, comportant de multiples aspects, qui ne peuvent pas toujours être saisis, de façon globale et efficace, dans le contexte d'une simple analyse bidimensionnelle, même si l'on procède par étapes. C'est pour cette raison que nous avons évalué quatre modèles de régression logistique en vue de brosser un portrait plus complet et plus varié des traits distinctifs des bénévoles du domaine de la santé. Comme à la section C, nous avons soumis les bénévoles du secteur de la santé à quatre comparaisons : avec l'ensemble des bénévoles des secteurs de la culture et des loisirs, des services sociaux et organismes religieux et, tour à tour, avec les bénévoles de chacun de ces trois secteurs. Vous trouverez au tableau 4 le sommaire des résultats, suivi de nos observations au sujet du contenu de ces quatre modèles.

Tableau 4

Tableau 4 : Sommaire des valeurs significatives aux fins des modèles de régression logistique1

Modèle 1 Santé c. trois groupes	Modèle 2 Santé c. culture-loisirs	Modèle 3 Santé c. services sociaux	Modèle 4 Santé c. religion
-Heures consacrées ann.	-Heures consacrées ann.	-Heures consacrées ann.	
+ % dons org. laïcs			+ % dons org. laïcs
-Pratique religieuse	+ Pratique religieuse		-Pratique religieuse
Religion (c. pas de religion)			Religion (c. pss de religion)
+ Catholique			+ Catholique
			-Autre
+ Habite RMR	+ Habite RMR		
Région (c. Ontario)	Région (c. Ontario)	Région (c. Ontario)	
+ Québec	-Québec	-Québec	
+ Prairies	-Prairies		
+ Femme	+ Femme		
-Sollicité étant jeune	-Sollicité étant jeune	-Sollicité étant jeune	
+ Gestion étudiante étant		+ Gestion étudiante étant	
	-Années résidence		
		âge (c. 15-24)	
		+ 55-64	
		Revenu familial (c. 100 00+)	
		+ 60-100K	
	-Enfants 6-12		
	+ # soutien informel		
	+ Total dons charité ($)		
	-Participation communautaire		
	-Participation sociale		
			-Membre gr. rel. étant enfant
			-Engagement
X^2 108,9	184,	53,8	356,4
df 10	13	6	6
pseudo-R^2 5 %	21 %	7 %	46 %

1 Seuls les effets significatifs à partir du seuil alpha de 0,05 sont indiqués. Les variables précédées du signe négatif ont un effet négatif sur la probabilité d'être un bénévole du secteur de la santé, celles précédées du signe positif ont un effet positif.

Pour ce qui est du modèle 1, comparant les bénévoles du secteur de la santé à ceux des trois autres secteurs, le taux de variation expliquée (R^2) est très faible : 5 %. Ce résultat signifie que le groupe combiné des bénévoles des trois autres secteurs est relativement hétérogène et que les traits de ces bénévoles sont sensiblement les mêmes que ceux des bénévoles du groupe de la santé. Il ne semble donc pas que le regroupement de ces trois secteurs soit pertinent compte tenu de leur grande hétérogénéité.

Le modèle 2, fondé sur la comparaison des bénévoles du secteur de la santé et des bénévoles du secteur de la culture et des loisirs, révèle le plus grand nombre de traits qui diffèrent de manière significative (12) pour ce qui est des trois groupes autres que la santé. Sur le plan socio-démographique, on remarque qu'il y a plus de différences entre les bénévoles du domaine de la santé et ceux du secteur de la culture et des loisirs (comparativement à ceux des secteurs des services sociaux ou des organismes religieux). Le fait que la variance expliquée atteigne le niveau modéré de 21 % laisse croire qu'il existe d'autres aspects qui n'ont pas encore été mesurées, autres que socio-démographiques peut-être.

Le modèle 3, qui compare les bénévoles du secteur de la santé à ceux du secteur des services sociaux, ne renferme que six variables importantes, qui ne nous permettent pas toutefois de brosser un tableau cohérent ou systématique des divergences entre les bénévoles de ces deux secteurs car elles n'expliquent que 7 % de la variance totale. Cela indique que les bénévoles du secteur de la santé et de celui des services sociaux ne diffèrent pas systématiquement, du moins sous l'angle de leurs traits socio-démographiques. Leurs divergences, si elles existent, se rattachent à d'autres facteurs non mesurés.

Le modèle 4 comprend cinq variables importantes toutes rattachées à la religion et à l'engagement religieux. R^2 équivaut au pourcentage élevé de 46, ce qui indique que la principale divergence entre les bénévoles du secteur de la santé et ceux associés à des organismes religieux tient à l'aspect laïc ou religieux des organismes pour lesquels ils travaillent. À toutes fins utiles, ces deux groupes de bénévoles sont identiques sous le rapport des autres caractéristiques

Dynamique sociale : comment et pourquoi devient-on bénévole?

Les processus de tri en vertu desquels les particuliers ayant diverses caractéristiques socio-démographiques tissent des liens avec divers organismes s'articulent en partie en fonction des valeurs que chérissent les bénévoles, des raisons pour lesquelles ils font du bénévolat et des circonstances qui les ont amenés à l'action bénévole. Parallèlement aux répercussions des facteurs socio-démographiques et des facteurs liés au cycle de vie, les aspects plus pressants de l'expérience et des circonstances personnelles pris ensemble constituent la dynamique sociale servant d'assise au bénévolat, sous quelque forme que ce soit. Dans la présente section, nous comparons les quatre types d'organismes sous le rapport de la composante de l'expérience personnelle de cette dynamique. Les observations se rapportent aux figures des tableaux 5 et 6. Nous n'avons pas encore discuté de ces caractéristiques des bénévoles parce

que l'analyse statistique préliminaire a révélé qu'elles voilaient les effets des variables socio-démographiques dont il a été question jusqu'à présent. Les valeurs des bénévoles, les raisons particulières pour lesquelles ils font du bénévolat et les circonstances qui les ont poussés à faire de l'action bénévole ont une incidence plus forte et plus évidente sur le bénévolat en raison de leur caractère plus immédiat, comparativement aux variables socio-démographiques. Dans bien des cas, ces variables intermédiaires influent sur les conséquences plus diffuses des facteurs socio-démographiques. Ce qui signifie, non pas que les traits socio-démographiques aient moins d'incidence, mais qu'une partie de leurs répercussions sur le bénévolat est indirecte, celle qui agit sur les valeurs, les raisons des bénévoles et la manière dont ils en sont venus au bénévolat.

Nous avons eu recours à deux ensembles de variables pour saisir certains aspects des valeurs et des motifs des bénévoles; il s'agit des raisons pour lesquelles les gens font du bénévolat et des raisons pour lesquelles ils n'en font pas plus. Les gens sont amenés à faire du bénévolat de deux manières, selon qu'on leur a demandé d'en faire ou qu'ils ont commencé à en faire de leur propre chef.

Tableau 5

Tableau 5 : Raisons pour lesquelles on devient bénévole[1]

Raison justifiant qu'on devienne bénévole	Santé	Culture-loisirs	Services sociaux	Religion
	Pourcentage de répondants qui sont d'accord[2]			
Raison personnelle	94	94	95	96
Personnellement touché	74	70	68*	72
Amis qui font du bénévolat	24	35*	29	27
Perspectives d'emploi	21	22	25	15*
Croyances religieuses	15	12	17	73*
Découvrir son potentiel	50	55	58*	65*
Mettre à profit ses compétences et son expérience	68	86*	81*	81*
Exigence de l'école, etc.	9	6*	9	7

1. * La comparaison avec les bénévoles du secteur de la santé révèle une divergence considérable à partir du point = 0,05

2. Pourcentages des répondants arrondis au chiffre le plus proche.

La plupart des bénévoles du secteur de la santé ont invoqué les mêmes raisons pour lesquelles ils faisaient du bénévolat que les bénévoles des secteurs de la culture et des loisirs, des services sociaux et des organismes religieux. Nous relevons toutefois certains écarts fascinants. Il y a beaucoup moins de chances que les bénévoles du secteur de la santé fassent valoir des motifs qui se rapportent à eux-mêmes (« découvrir son potentiel » ou « mettre à profit ses compétences ») que les bénévoles des trois autres secteurs. Sur des bases similaires, ils sont également moins susceptibles que les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs

de faire du bénévolat pour suivre l'exemple de leurs amis, tout en étant quelque peu plus susceptibles que les bénévoles du secteur des services sociaux de faire du bénévolat parce qu'ils ont été personnellement touchés. De surcroît, nous ne sommes pas surpris de constater qu'ils sont beaucoup moins susceptibles que les bénévoles associés à des groupes religieux de faire du bénévolat en raison de leurs croyances religieuses. Encore une fois, cela fait ressortir la distinction fondée sur le caractère laïc ou religieux qu'on peut faire entre les bénévoles du secteur de la santé et ceux associés à des organismes religieux.

Lorsqu'on leur demande pourquoi ils ne donnent pas plus de leur temps, les bénévoles du secteur de la santé invoquent les mêmes raisons que ceux des secteurs des services sociaux et des organismes religieux, sauf qu'ils sont plus susceptibles que les bénévoles du secteur des services sociaux de faire valoir qu'ils n'ont pas le temps ou qu'ils donnent de l'argent au lieu de donner plus de temps. Toutefois, comparativement aux bénévoles du domaine de la culture et des loisirs, les bénévoles du secteur de la santé sont plus susceptibles de signaler qu'ils ont un problème de santé ou qu'ils donnent de l'argent plutôt que du temps, et moins susceptibles de mentionner qu'ils ont l'impression d'avoir déjà apporté leur contribution, qu'ils craignent des poursuites ou qu'ils ne sont tout bonnement pas intéressés à en faire plus. Ces trois dernières catégories de réponse en particulier confirment la conclusion que les bénévoles du secteur de la santé sont un peu plus altruistes, en particulier si on les compare aux bénévoles du secteur de la culture et des loisirs.

Tableau 6

Tableau 6 : Raisons justifiant qu'on ne fasse pas plus de bénévolat[1]

Raison limitant le bénévolat	Santé	Culture-loisirs	Services sociaux	Religion
	Pourcentage de répondants qui sont d'accord[2]			
Déjà fait une contribution	28	34*	25	28
Pas de temps libre	76	78	68*	76
Problèmes de santé	18	14*	16	21
N'a pas été sollicité	18	16	16	15
Ignore comment entrer en communication	8	8	10	10
Coût du bénévolat	11	13	14	12
Crainte de poursuites	3	8*	5	5
Absence d'intérêt	13	19*	13	16
Don d'argent plutôt	29	22*	23*	30
Refuse de s'engager	38	33	32	34
Désillusionné par une expérience antérieure	7	9	7	8

1. * La comparaison avec les bénévoles du secteur de la santé révèle une divergence considérable à partir du point = 0,05
2. Pourcentages arrondis au chiffre le plus proche.

Dans l'ensemble, la probabilité est plus faible que les bénévoles du secteur de la santé soient amenés à faire du bénévolat en raison de leurs enfants ou parce qu'ils sont membres d'un organisme. Ils ont un peu plus de chances que les bénévoles des autres secteurs d'avoir commencé à faire du bénévolat à la demande d'un organisme ou d'amis. Cependant, les possibilités qu'ils aient commencé à faire du bénévolat de leur propre chef sont beaucoup plus fortes que dans le cas des bénévoles du secteur de la culture et des loisirs ou associés à des organismes religieux.

Nous avons également étudié deux autres aspects de la dynamique sociale du bénévolat qui illustrent les caractéristiques de l'expérience en soi : la durée du bénévolat et le genre de tâches que les bénévoles accomplissent. Les bénévoles du secteur de la santé font, en moyenne, du bénévolat depuis quatre ans, ce qui correspond à peu près à la moyenne chez les bénévoles du secteur des services sociaux (4,1 ans). Ce chiffre est à peine inférieur à celui qu'on enregistre pour les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs (5,4 ans) et bien inférieur à celui qu'on observe dans le cas des bénévoles associés à des organismes religieux (6,7 ans). Le fait que les périodes de bénévolat soient moins longues dans le domaine de la santé et dans celui des services sociaux s'explique peut-être par le taux de roulement plus élevé dans ces secteurs. Il peut également être lié à l'apparition de la maladie dans l'entourage des bénévoles, ce qui pourrait les contraindre à participer moins régulièrement à des activités de bénévolat dans le secteur de la santé. Étant donné que ces bénévoles ont souvent affaire à des personnes en situation de crise ou souffrant de maladies chroniques, le taux de roulement élevé peut dénoter qu'ils ont plus de chances de tomber malades ou d'être épuisés.

Les tâches qu'accomplissent les bénévoles au sein de n'importe quel organisme, par exemple, recueillir des fonds, faire partie d'un comité, organiser des activités, faire de l'enseignement ou de l'encadrement, rendre visite à des gens, conduire une voiture, exécuter des travaux d'entretien et donner des conseils, témoignent, en partie, des besoins et de la structure de l'organisme, en particulier de la répartition des responsabilités entre le personnel rémunéré et les bénévoles. Elles dénotent également, dans une certaine mesure, les capacités et les préférences du bénévole. Malheureusement, nos données ne nous fournissent pas d'indication quant aux raisons pour lesquelles chaque bénévole exécute certaines tâches. Au chapitre de la répartition globale des tâches, les bénévoles du secteur de la santé ne diffèrent pas tellement des bénévoles d'autres secteurs. Les seules divergences marquées se rapportent à quatre des quinze tâches : les bénévoles du secteur de la santé sont plus susceptibles de recueillir des fonds et de rendre visite à des gens qui sont à l'hôpital ou dans des maisons de soins infirmiers, et moins susceptibles d'organiser des activités ou d'effectuer des travaux d'entretien.

Eu égard à tous ces aspects immédiats de la dynamique sociale du bénévolat, les bénévoles du secteur de la santé diffèrent des autres bénévoles par certains côtés et leur ressemblent beaucoup par d'autres côtés. Les bénévoles du domaine de la santé semblent moins centrés sur eux-mêmes dans leurs activités de bénévolat et mieux disposés à venir en aide aux autres de leur propre chef, en particulier si on les compare aux bénévoles du secteur de la culture et

des loisirs. Bon nombre d'entre eux font du bénévolat pendant moins longtemps et exécutent sensiblement les mêmes tâches que les autres bénévoles.

Discussion finale

Les analyses dont il est fait état dans la présente étude apportent des réponses aux trois questions que nous nous posions au départ. Nous savons maintenant que les bénévoles du secteur de la santé se distinguent de façon importante et significative des bénévoles du secteur de la culture et des loisirs (des écarts ont été observés relativement à 19 des 46 traits). Les bénévoles du domaine de la santé sont relativement moins engagés dans diverses formes d'activités charitables ou communautaires, ils sont plus assidus dans leur pratique religieuse, risquent fort d'être de sexe féminin et de ne pas faire partie de la population active. En outre, le temps qu'ils consacrent chaque année au bénévolat équivaut seulement aux deux tiers de celui que consacrent à ce genre d'activités les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs. D'autre part, les bénévoles du domaine de la santé ne diffèrent presque pas de ceux qui se consacrent aux services sociaux (des différences ont été observées sous le rapport de seulement 18 des 46 variables). Du point de vue socio-démographique, il s'agit essentiellement du même groupe de personnes. (Les bénévoles du secteur de la santé sont un peu plus susceptibles, toutes proportions gardées, d'être mariés, de sexe féminin, plus âgés et d'origine britannique.) Cette constatation va de soi, étant donné qu'il n'y pas beaucoup de différence entre la prestation de services de santé et de services sociaux. Les bénévoles du domaine de la santé ressemblent également beaucoup à ceux qui travaillent pour des organismes religieux, aucun écart n'ayant été enregistré pour 29 des 46 variables. De surcroît, bon nombre des 17 variables divergentes se rapportaient à des caractéristiques religieuses, ce qui nous permet d'affirmer que, somme toute, les bénévoles du secteur de la santé sont le pendant laïc des bénévoles associés à des organismes religieux (et inversement). On remarque surtout la ligne de démarcation, très nette, entre les bénévoles du secteur de la culture et des loisirs d'une part, et ceux des secteurs de la santé, des services sociaux et des organismes religieux d'autre part. Cette ligne de démarcation s'explique facilement par le caractère récréatif des activités pratiquées par les organismes du domaine de la culture et des loisirs, et par la forte composante des idéaux et des principes connexes qui caractérise le groupe des personnes qui font du bénévolat dans le domaine de la santé, des services sociaux ou auprès d'organismes religieux. Il s'agit de toute évidence d'un aspect de la différenciation qu'il faut étudier de plus près.

Nos modèles de régression logistique nous ont permis d'établir l'existence d'environ dix traits qui distinguent les bénévoles du secteur de la santé de ceux des autres secteurs, à savoir que ces personnes :

- consacrent, sur une base annuelle, moins d'heures au bénévolat (environ un tiers de moins)
- sont plus assidues dans leur pratique religieuse que les bénévoles de la culture et des loisirs
- ont plus de chances d'être catholiques
- se trouvent en plus grand nombre dans les régions métropolitaines de l'Ontario

- sont de sexe féminin
- ont moins pris part à des activités de bénévolat dans leur jeunesse que les bénévoles des autres secteurs
- sont parmi les plus âgées des personnes du groupe d'âge moyen (55-64)
- touchent un revenu supérieur (80 000 $ et plus)
- comptent moins de jeunes enfants dans leur ménage
- participent moins aux activités communautaires en général.

Bref, les bénévoles du secteur de la santé se distinguent des autres bénévoles d'une façon qui n'est toutefois pas tellement marquée; ils diffèrent surtout de l'un des trois groupes de comparaison et ne présentent pas un ensemble fortement contrastant de caractéristiques communes.

Qui plus est, pour ce qui est de la répartition des traits des bénévoles, l'analyse révèle que le secteur bénévole peut être qualifié de texturé ou de « granuleux »; qu'il n'est ni homogène, ni extrêmement « grumeleux ». On y trouve, non pas une population non différenciée ou des groupes distincts de bénévoles qui, en majeure partie, présentent des divergences absolues, mais bien plutôt des ensembles de similitudes qui se recoupent, séparées par des ensembles de divergences dont la taille varie, à la manière d'une courtepointe. À certains égards, ces divergences ont peu d'importance; sous d'autres rapports toutefois, elles ont l'importance d'un signal.

Si l'on se fie aux tendances que nous avons observées, il ne fait aucun doute qu'entrent en œuvre en l'occurrence des processus sociaux, fermement déterministes, ou faiblement déterministes ou aléatoires s'ils se présentent sous une forme conjuguée, qui débouchent sur la formation de noyaux de similitudes et de différences. Ainsi, les bénévoles associés aux organismes religieux ont subi l'influence des forces déterminantes que sont les antécédents familiaux et les expériences de jeune âge liées à la pratique religieuse; mais ni l'âge, ni aucun autre des nombreux traits socio-démographiques n'entre en ligne de compte en ce qui les concerne. Et l'inverse est vrai pour les bénévoles des trois autres groupes. Ce sont les adultes plus jeunes (de moins de 35 ans) qui font le plus de bénévolat dans le secteur de la culture et des loisirs, et les adultes plus âgés qui pratiquent le bénévolat dans le domaine de la santé, par exemple, au moment où ils ont moins d'obligations familiales ou professionnelles.

Toutes nos généralisations s'appliquent exclusivement aux quatre catégories d'organismes bénévoles visées par la présente analyse mais peuvent être élargies sur la base d'une plus grande quantité de données se rapportant à des catégories mieux définies d'organismes bénévoles, comme celles-ci : éducation, groupes environnementaux, logement, droit/défense d'intérêt/politique, et organismes internationaux.

Implications aux fins d'études complémentaires

La présente étude a mis en lumière les processus sociaux de tri des bénévoles. Elle nous permet de mieux saisir les axes ou aspects de la similarité et de la divergence observés dans le secteur du bénévolat. En outre, elle ouvre la voie à d'autres études dans plusieurs domaines. L'ethos social des divers groupes de bénévoles pourrait faire l'objet d'une recherche : les bénévoles du secteur de la santé, par exemple, ont-ils un ensemble de valeurs et de croyances (ou même juste une ou deux valeurs ou croyances principales) qui diffèrent de celles d'autres groupes de bénévoles? On pourrait également se pencher sur la nécessité de saisir la nature de la logique ou du raisonnement social suivi par les bénévoles de divers groupes lorsqu'ils prennent des décisions, p. ex, commencer à faire du bénévolat, continuer à faire du bénévolat, sélectionner un organisme et choisir les tâches dont ils se chargeront, afin de mieux comprendre les processus sociaux de tri qui amènent certaines personnes à faire du bénévolat auprès d'organismes particuliers. Entrent également en ligne de compte le lien entre le bénévolat formel et l'aide ou les soins fournis directement à d'autres personnes : bon nombre de bénévoles du secteur de la santé pratiquent ces deux formes de bénévolat et il serait utile de savoir comment les « pourvoyeurs de soins de santé » envisagent le lien entre ces modes de comportement charitable. Dans tous ces cas, la meilleure, et peut-être l'unique, façon de procéder est de mener des études portant sur un petit échantillon mais ayant un contenu très détaillé. De la sorte, le secteur bénévole de la santé pourrait mieux comprendre et utiliser ses principales ressources.

Annexe : Liste des variables

Annexe : variables prises en considération dans l'analyse	
Fait beaucoup d'heures de bénévolat (groupe central de bénévoles)	
Fait beaucoup de dons (groupe central de donateurs)	
Fait partie de plusieurs organismes (groupe central de bénévoles dans le domaine communautaire)	
Total des heures consacrées au bénévolat chaque année	
Fréquence et genre de soutien non officiel	
Dons à des organismes de charité reconnus	
Total des dons à des organismes de charité reconnus ($)	
% des dons à des organismes laïcs	
Argent directement remis à d'autres personnes (dons non officiels)	
Total des dons (officiels ou non)	
Participation communautaire (nombre et genres d'organismes)	
Participation sociale (fréquence des contacts sociaux avec des amis ou des parents)	
Habite dans une RMR	
Région (par rapport à l'Ontario)	
	Atlantique
	Québec
	Prairies
	C.-B.
Âge (par rapport au groupe des 15-24)	
	25-34
	35-44
	45-54
	55-64
	65+
Enfants 0-5	
Enfants 6-12	
Enfants 13-17	
Situation de famille (par rapport à Marié)	
	Célibataire
	Séparé/divorcé/veuf(ve)
Sexe (femme=1)	
Revenu (par rapport à 100 000 +)	
	0 - 20 000

	20 000 - 40 000
	40 000 - 60 000
	60 000 -100 000
--Années d'étude	
--Profession (par rapport à Gestionnaires)	
	Professionnels
	Cols blancs
	Cols bleus
	Pas de profession
--Pratique religieuse, nombre de fois par année	
--Engagement religieux	
--Religion (par rapport à Aucune religion)	
	Catholique
	Protestant
	Autre religion
--Origine ethnique (par rapport à Britannique)	
	Canadien
	Français
	Autre origine
--Immigrant	
--Nombre d'années dans la collectivité	
--A voté aux dernières élections	
Nombre d'heures consacrées chaque semaine à --l'écoute de la télévision	
--Écoute les actualités	
--État de santé déclaré par le répondant	
--Satisfait de son existence	
Sentiment d'exercer un contrôle sur sa propre --existence	
--Expérience de jeunesse : sports d'équipe	
--Expérience de jeunesse : groupe de jeunes	
--Expérience de jeunesse : bénévolat	
Expérience de jeunesse : a eu un modèle de --comportement	
--Expérience de jeunesse : sollicitation	
--Expérience de jeunesse : a été aidé par d'autres	
--Expérience de jeunesse : gestion étudiante	
--Expérience de jeunesse : groupe religieux	
Expérience de jeunesse : parents étaient des --bénévoles	
Raisons justifiant le bénévolat	
--	Raison personnelle

	Personnellement touché
	Amis bénévoles
	Perspectives d'emploi
	Croyances religieuses
	Explorer son potentiel
	Mettre à profit ses compétences et son expérience
	Exigence de l'école, de l'employeur ou du gouvernement
Raisons justifiant qu'on ne fasse pas plus de bénévolat	
	Déjà fait une contribution
	Pas de temps libre
	Problèmes de santé
	N'a pas été sollicité
	Ignore comment entrer en communication
	Coût du bénévolat
	Crainte de poursuites
	Absence d'intérêt
	Don d'argent plutôt
	Refuse de s'engager
	Désillusionné par une expérience antérieure
Tâches accomplies en tant que bénévole	
	Collecte de fonds
	Travaux de comité
	Éducation ou sensibilisation
	Organisation d'activités
	Travail d'ordre exécutif ou de bureau
	Enseignement ou encadrement
	Counselling ou visites
	Prestation de soins dans un hôpital ou un centre pour personnes âgées
	Soutien à un groupe d'entraide
	Collecte ou livraison d'aliments, de vêtements, etc.
	Travaux d'entretien
	Conduite d'une automobile
	Protection de l'environnement ou de la faune
	Autres tâches

Années écoulées depuis le début de l'action bénévole	
Circonstances ayant mené au bénévolat	Membre d'une organisation À la demande d'un organisme À la demande d'un ami ou d'un employeur De son propre chef Participation de son enfant

Bibliographie

Babchuk, N., et Booth, A. (1969). « Voluntary association membership: A longitudinal analysis », dans *American Sociological Review*, vol. 34, p. 26-52.

Berger, G. (1991). « Factors determining volunteering for organizations in general, and for social welfare organizations in particular », thèse de doctorat, Florence Heller Graduate School for Advanced Studies in Social Welfare, Brandeis University, Boston.

Caputo, R.K. (1997). « Women as volunteers and activists », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 26, n° 2, p. 156-174.

Cnaan, R.A., Kasternakis, A., et Wineburg, R.J. (1993). « Religious people, religious congregations, and volunteerism in human services: Is there a link? », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 22, n° 1, p. 33-51.

Cnaan, R.A., et Amrofell, L. (1994). « Mapping volunteer activity », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 23, n° 4, p. 335-351.

Gordon, C.W., et Babchuk, N. (1959). « A typology of voluntary associations », dans *American Sociological Review*, vol. 24 , n° 1, p. 22-29.

Janoski, T., et Wilson, J. (1995). « Pathways to voluntarism: Family socialization and status transmission models », dans *Social Forces*, vol. 74 , n° 1, p. 271-292.

McPherson, J.M., et Smith-Lovin, L. (1986). « Sex segregation in voluntary associations », dans *American Sociological Review*, vol. 51, n° 1, p. 61-79.

Musick, M.A., Wilson, J., et Bynum, W.B. Jr. (2000). « Race and formal volunteering: The differential effects of class and religion », dans *Social Forces*, vol. 78, n° 4, p. 1539-1571.

Palisi, B.J., et Korn, B. (1989). « National trends in voluntary association memberships: 1974-1984 », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 18, n° 2, p. 179-190.

Reed, P.B., et Selbee, K. (2000). « Distinguishing characteristics of active volunteers in Canada », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 29, n° 4, p. 571-592.

Rotolo, T (2000). « A time to join, a time to quit: The influence of life cycle transitions on voluntary association memberships », dans *Social Forces*, vol. 78, n° 3, p. 1133-1161.

Smith, D.H. (1997). « Grassroots associations are important: Some theory and a review of the literature », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 26, n° 3, p. 269-306.

Smith, D.H. (1994). « Determinants of voluntary association participation and volunteering: A literature review », dans *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 23, n° 3, p. 243-263.

Solamon, L.M., et Anheier, H.K. (1996). « The international classification of nonprofit organizations: ICNPO-Revision 1 », Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, No. 19, Baltimore, Johns Hopkins Institute for Policy Studies.

Tomeh, A.K. (1973). « Formal voluntary organizations: Participation, correlates, and interrelationships », dans *Sociological Inquiry*, vol. 43 , n^{os} 3-4, p. 89-122.

Williams, J.A. Jr., et Ortega, S.T. (1986). « The multidimensionality of joining », dans *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 15, n° 4, p. 35-44.

Wilson, J. (2000). « Volunteering », dans *Annual Review of Sociology*, vol. 26, p. 215-240.

Les ressources humaines en santé et le rôle du secteur bénévole

Jeff Carr
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Santé Canada

© Sa Majesté La Reine du chef du Canada (2002) représentée par la ministre de la Santé

Remerciements à Allan Pollock, Jeremy Friesen et Charles Mallory pour leur aide précieuse dans l'élaboration et le peaufinage de la présente étude.

Il est interdit de citer la présente version provisoire sans l'autorisation préalable des auteurs. L'analyse et les conclusions exposées dans l'étude, y compris tout ce qui concerne l'interprétation des données, sont celles des auteurs, qu'il ne faut pas considérer comme le reflet d'une position officielle de Santé Canada.

Table des matières

Introduction 34
Données 35
ENDBP 35
Enquête sociale générale, Cycle 12, 1998 (ESG) 35
Enquête sur la population active 36
Recensement 36
Bénévolat Données 37
Revue de la littérature Données 38

Le secteur bénévole de la santé 39
Le secteur rémunéré de la santé 41
Estimation de la valeur du temps de bénévolat 42
Valeur pour le bénévole **Données** 43
Valeur pour l'organisme et la société **Données** 44

Résultats de régression dans les décisions relatives au bénévolat 45
Classification des variables Données 45
Temps 45
Connaissances et capacités 45
Attitudes sociales et préférences individuelles 46
Modèle et méthodologie 46
Sexe et temps 48
Résultats de régression 49
Variables de temps 49
État matrimonial 49
Enfants de 0 à 5 ans 50
Situation par rapport au marché du travail 50
Variables de connaissances et de capacités 51
Âge 51
Enfants de 6 à 18 ans 51
Éducation 52
Santé 52
Durée de la présence dans la communauté 53
Pays de naissance 53
Attitudes et préférences 54
Sexe 54
Taille de la ville 54

Religion et engagement religieux **55**
Province **56**
Revenu **56**
Antécédents de jeunesse **57**
Année **57**
Résumé des résultats clés et incidence sur les politiques générale **58**

Conclusion **60**

Annexe I : Bénévolat organisé **62**

Annexe II : Bénévolat non organisé **63**

Annexe III : Régression par sexe **65**

Annexe IV : Régression par temps **66**

Annexe V : Variables indépendantes **67**

Bibliographie **69**

Les ressources humaines en santé et le rôle du secteur bénévole

Introduction

Les divers paliers du gouvernement canadien ont dépensé ensemble en 1997 un peu plus de 51 milliards de dollars en soins de santé, et les particuliers ont dépensé 22 milliards de dollars de plus. Cet argent qui a servi notamment à payer les médecins, les hôpitaux et les médicaments ne représente toutefois pas l'apport total de la société à la production des services de soins de santé. Parce qu'une bonne partie des soins de santé au Canada est dispensée par des bénévoles, soit dans un cadre organisé comme à l'hôpital, ou moins organisé comme au foyer d'un voisin. La présente étude estime en fait qu'il y a eu 2,4 milliards d'heures de bénévolat en santé en 1997, qui vaudraient entre 20 et 30 milliards de dollars. Considérant l'ensemble du système de santé du Canada, et plus particulièrement le rôle qu'y jouent les ressources humaines, il ne faut pas oublier que les services offerts ne sont pas tous achetés et payés. Il faut comprendre particulièrement le rôle du secteur bénévole si les gouvernements envisagent d'offrir moins de services de santé dans ses hôpitaux, où les bénévoles jouent un rôle mineur, et plus dans la collectivité, où le rôle des bénévoles est beaucoup plus important.

Les deux objectifs de la présente étude sont clairs et distincts. La première section distingue et évalue la contribution des bénévoles au système de santé. Cette information aurait peu de valeur prise de façon isolée. Nous avons donc établi une comparaison avec les travailleurs rémunérés de la santé. Il s'agit bien sûr d'une mesure imparfaite de l'effort des bénévoles, puisque leurs tâches diffèrent certainement de celles des travailleurs rémunérés et que leurs compétences sont moins particulières en matière de soins de santé. Mais les bénévoles, qui représentent une ressource humaine importante, se situent le mieux dans le contexte des autres ressources humaines du système de santé. Il n'était pas facile de tenter d'attribuer une valeur au travail des bénévoles de la santé, comme nous l'avons fait, parce que les efforts d'une personne bénévole n'ont évidemment pas la même valeur à ses yeux que pour l'ensemble de la société. L'étude ne prétend pas à l'existence d'une seule bonne valeur à l'heure actuelle, mais plutôt à celle d'une gamme de valeurs possibles indiquant l'importance du secteur bénévole dans la prestation des soins de santé au Canada.

La deuxième section de l'étude examine de plus près les bénévoles en particulier et tend à distinguer les bénévoles de la santé des autres bénévoles. Nous avons utilisé des techniques de régression statistique pour observer les facteurs qui incitent une personne à faire du bénévolat et qui influencent le nombre d'heures qu'elle va y consacrer. Il existe déjà des études sur la décision de faire du bénévolat et sur le choix du nombre d'heures à y consacrer, mais la présente étude élargit ce qui a déjà été fait de quatre façons principales. Premièrement, un nouvel ensemble de données détaillé, l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP), nous permet d'examiner beaucoup de facteurs démographiques et sociaux auparavant négligés. Deuxièmement, les bénévoles de la santé n'ont jamais été examinés de façon isolée et on a très peu essayé de distinguer ce groupe de bénévoles des autres groupes. Troisièmement, presque tout ce qui avait déjà été fait portait sur les bénévoles organisés, qui offrent leurs services par

l'entremise d'organismes reconnus, excluant le groupe très important, particulièrement dans le domaine de la santé, des bénévoles non organisés qui aident leurs amis, les membres de leur famille et leurs voisins dans les activités quotidiennes de la vie. Ce groupe est un élément clé du domaine de la santé parce qu'il fournit une quantité incroyable de soins qui complètent et remplacent à la fois les soins dispensés de façon organisée par l'entremise des gouvernements provinciaux. La présente étude examine maintenant les bénévoles non organisés comme d'autres ont déjà examiné les bénévoles organisés, dans l'espoir de brosser un tableau détaillé du bénévolat, particulièrement dans la prestation des services de santé. Finalement, nous avons utilisé une procédure Heckman à deux stades pour estimer les heures de bénévolat fournies, en tenant compte du biais de sélection introduit en observant seulement les heures des personnes qui ont choisi de faire du bénévolat. Même s'il s'agit d'une procédure usuelle pour étudier les travailleurs rémunérés, qui a d'ailleurs déjà été utilisée pour estimer le salaire[1] des bénévoles, elle a rarement, et peut-être même jamais, été utilisée pour estimer les heures de bénévolat accomplies, même si elle peut nous fournir des renseignements précieux.

Notre étude se distingue finalement du fait qu'elle porte sur le bénévolat dans la santé, un domaine rarement, et peut-être même jamais, étudié sous tous ses angles. Beaucoup de questions posées demeurent donc sans réponse, et nous avons cerné certains problèmes de qualité et de disponibilité des données. Tout cela est important pour orienter la suite des recherches dans le domaine.

Données

Même si les données présentées dans notre étude proviennent de quatre sources différentes, nous avons utilisé autant que possible les données de l'Enquête nationale 2000 sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP).

ENDBP

L'ENDBP est une enquête sur les activités communautaires d'environ 18 000 particuliers, portant sur le temps et l'argent offerts, de façon organisée ou non. Ses données sur le bénévolat organisé sont un peu plus complètes, portant non seulement sur les bénévoles, mais aussi sur le nombre d'heures qu'ils donnent au bénévolat. Cette enquête réalisée à deux reprises (en 1997 et 2000) présente une foule de données sur l'activité bénévole en plus de renseignements démographiques détaillés sur les répondants.

Enquête sociale générale, Cycle 12, 1998 (ESG)

Statistique Canada réalise chaque année une enquête sur les questions sociales. Les thèmes de l'enquête changent d'année en année, mais elle est toujours axée sur une question sociale particulière. Il s'agissait en 1998 de l'utilisation du temps des Canadiens. L'ESG est la meilleure source de données sur le temps consacré au bénévolat non organisé au Canada. Nous l'avons utilisée en ce qui concerne la quantité d'heures de bénévolat non organisé offertes.

[1] Devlin 2000.

Enquête sur la population active
L'Enquête sur la population active est une enquête mensuelle sur les employés rémunérés du Canada. Nous avons utilisé ses données en ce qui concerne les heures et le salaire des employés rémunérés.

Recensement
Le Recensement est une enquête sur la population canadienne menée à tous les cinq ans. Nous avons utilisé le Recensement de 1996 en ce qui concerne l'information sur les travailleurs rémunérés de la santé et sur les heures de bénévolat non organisé effectuées.

Quelques observations générales sur les données. Premièrement, la qualité des données est relativement bonne et les échantillons sont importants. Sauf pour l'ENDBP, on collecte et on interprète depuis longtemps les données de ces enquêtes. La nouveauté de l'ENDBP pourrait présenter des problèmes de données, particulièrement en ce qui concerne les données 2000 qui viennent d'être publiées. Les données originales de 1997 avaient certains problèmes qui ont été corrigés subséquemment; espérons que s'il y avait d'autres anomalies dans l'enquête, elles auront été corrigées en cours de route. Le vrai problème au sujet des données est que toutes les sources utilisées sont des enquêtes, donc susceptibles de contenir des réponses orientées ou erronées. Un secteur aussi flou que celui du bénévolat augmente la possibilité de réponses erronées. Et comme il est bien vu d'avoir fait du bénévolat, tout est favorable à une exagération du bénévolat effectué, particulièrement lorsqu'il est aussi difficile à cerner que le bénévolat non organisé, s'il doit y avoir parti pris. Cela dit, les échantillons étaient importants et collectés par Statistique Canada, une référence.

L'ENDBP est une enquête très détaillée dans son ensemble, mais à laquelle il manque deux éléments clés. D'abord, elle n'a pas collecté de données sur les heures de bénévolat non organisé, même si elle était le véhicule parfait pour le faire. Cela nous a forcé à utiliser d'autres enquêtes pour estimer ces heures, suscitant ainsi des problèmes de compatibilité en plus de rendre les résultats moins imperméables à la critique. Ensuite, elle ne contient pas de bonnes données sur les raisons pour lesquelles les personnes font du bénévolat. On interroge les répondants sur leurs motivations, mais avec des questions très ouvertes qui négligent les points clés, en ne cherchant pas à savoir par exemple si la personne a été invitée à faire du bénévolat au cours de la dernière année. Il faut noter une autre omission de notre étude, en ce sens qu'elle ne tient pas compte de l'apport des médecins. En effet, parce que les médecins n'ont pas de salaire, ils sont généralement payés pour les services qu'ils offrent, et sont exclus de l'enquête sur la population active.

Le dernier problème de données a trait à la compatibilité des diverses sources. Le principal problème de compatibilité est causé par la nécessité d'aller à l'extérieur de la source de données principale pour trouver une information clé, c'est-à-dire les heures de bénévolat non organisé. Les enquêtes utilisées pour estimer cette information concernaient des années différentes, elles portaient manifestement sur des personnes différentes et posaient un groupe différent de questions. Si l'importance des ensembles de données confère de la crédibilité aux résultats, l'application du nombre moyen d'heures de bénévolat non organisé à un ensemble différent de données est une entreprise

imprécise au mieux. Nous avons essayé de réduire le problème de compatibilité en utilisant deux enquêtes dont nous avons extrait le nombre moyen d'heures de bénévolat non organisé; cela dit, ces deux sources présentaient des estimations différentes dans un ordre de 25 %, rendant ainsi la précision de la mesure un peu suspecte. Le dernier problème est celui de la concordance entre la définition d'un bénévole de la santé et celle d'un employé de la santé. Cette question importante est examinée en détail plus loin.

Bénévolat

Il faut d'abord définir ce qu'est exactement le travail bénévole. Il s'agit essentiellement de tout le travail entrepris sans qu'il y ait paiement. La présente étude examine deux catégories distinctes de bénévoles. Les bénévoles organisés donnent leur temps par l'entremise d'organismes reconnus, comme Centraide ou un hôpital. Les bénévoles non organisés aident comme ils le désirent dans la collectivité, sans passer par un organisme. Par exemple une personne qui cuisine pour ses voisins âgés ou qui est l'instructeur d'une équipe de jeunes. Les chercheurs ont typiquement axé leurs recherches sur les bénévoles organisés, souvent à cause de la meilleure qualité des données. La présente étude porte toutefois sur les deux types de bénévole.

Notre étude subdivise encore plus le bénévolat. Afin de mettre l'accent sur la santé, nous avons divisé le bénévolat en activités relatives à la santé et en activités non relatives à la santé. Dans l'ENDBP, le bénévolat organisé et le bénévolat non organisé sont groupés selon l'activité. Un bénévole de la santé est défini comme une personne qui fait du bénévolat par l'entremise d'un organisme de santé[2]. Cette définition exclut apparemment les nombreuses personnes qui offrent des services de santé par l'entremise d'autres types d'organismes, comme les organismes de services sociaux, mais il s'agit néanmoins de la meilleure définition possible pour isoler les bénévoles de la santé des autres bénévoles. Les bénévoles non organisés de la santé sont beaucoup plus difficiles à classer, mais ils sont définis comme les personnes qui ont offert du soutien à leurs proches malades ou âgés[3], sans passer par l'entremise d'un organisme. La définition d'un bénévole de la santé pourrait inclure beaucoup d'autres activités, comme l'aide aux tâches ménagères ou à l'entretien de la maison, dont les personnes en mauvaise santé ont souvent besoin. C'est souvent l'incapacité d'accomplir ces tâches qui fait en sorte qu'une personne a besoin de plus de soins organisés à domicile ou doit entrer dans un foyer de soins infirmiers. Les définitions étroites des bénévoles de la santé sont choisies pour diverses raisons. Premièrement, pour faire une distinction en comparant les bénévoles de la santé aux autres, il est important d'isoler les bénévoles de la santé; si la définition de bénévole de la santé est trop large, cela sera impossible. Deuxièmement, même en vertu de ces définitions étroites, le bénévolat représente une proportion gigantesque de tous les soins

[2] Les autres catégories de bénévolat organisé concernent la culture, l'éducation, les sciences sociales, l'environnement, le logement, les activités juridiques, politiques et consacrées à la défense des droits, les activités philanthropiques, internationales, religieuses, le droit d'association et les activités syndicales, etc.

[3] Les autres catégories de bénévolat non organisé concernent l'aide aux travaux ménagers et à l'entretien de la maison, les courses ou le transport, la visite des personnes âgées, la rédaction de lettres ou la résolution de problèmes, l'enseignement ou l'encadrement gratuit, les activités d'affaires, etc.

dispensés. Dans un domaine qui n'a pas été étudié en profondeur, il vaut mieux axer l'étude sur le groupe que nous sommes certains de devoir inclure, en voyant plus tard pour les complications. Ces définitions étroites abaissent la limite en ce qui concerne les estimations de la quantité totale de bénévolat et permettent d'établir la ligne de démarcation la plus claire entre les bénévoles de la santé et les autres bénévoles. Cela nous permet de nous concentrer plus sur les résultats de l'analyse au lieu d'essayer de cerner ce qui constitue ou non du bénévolat en matière de santé. Le débat serait certes très enrichissant, mais pas à sa place dans notre étude.

Revue de la littérature

Il n'est pas étonnant qu'il y ait beaucoup moins d'ouvrages sur l'offre des travailleurs bénévoles que sur l'offre des travailleurs rémunérés. Mais la question a quand même suscité un certain intérêt. Menchik et Weisbrod (1987) ont introduit un modèle d'offre de travailleurs pour le secteur bénévole et accompli quelques examens empiriques simples. Leur modèle distingue deux motivations du bénévolat, soit la consommation et l'investissement. Le motif consommation suppose que le don du temps du bénévolat est un bien utile normal, en ce sens que les bénévoles retirent une valeur de ce qu'ils font. Cette valeur peut provenir du bonheur que leur aide procure aux autres, de la satisfaction personnelle que le bénévolat leur procure ou de l'amélioration de leur réputation auprès des autres membres de la collectivité. Le point clé est qu'il s'agit d'une utilité personnelle générée par l'acte de bénévolat. Le deuxième motif, celui de l'investissement, concerne les gains financiers attendus de la participation au travail rémunéré qui pourrait résulter du bénévolat. Ces gains pourraient être générés par l'accumulation de capital humain, qui rend le particulier plus productif comme travailleur, par l'établissement de contacts précieux qui peuvent aider le particulier plus tard, ou par la mention d'un travail de bénévolat dans un curriculum vitae qui peut aider un particulier à trouver un emploi. De façon générale, les études faites depuis 1987 ont privilégié ces deux motifs en examinant le choix d'un particulier de faire du bénévolat ou non. Mais une étude de 1997 de Freeman introduisait une autre possibilité intéressante. Le bénévolat pourrait être un « bien de conscience » que les particuliers préféreraient ne pas accomplir mais qu'ils se sentent obligés de faire lorsqu'on leur demande. La pression sociale d'une demande personnelle fait en sorte que le particulier se sent moralement obligé d'aider. Une autre possibilité est que le particulier ait une demande latente pour le bien produit par le bénévolat et que le fait de se le faire demander concrétise cette demande. Il s'agit fondamentalement d'un argument lié à l'information ou au coût de la recherche, selon lequel il est possible que les particuliers aient envie de faire du bénévolat, mais que le coût pour trouver la possibilité de le faire, habituellement du temps et de l'effort, est trop élevé. Être invité personnellement à faire du bénévolat élimine ces coûts et rend donc un particulier plus susceptible de faire du bénévolat. Ces idées émanent du travail empirique de Freeman, où il a constaté que le déterminant clé du choix de faire du bénévolat est le fait qu'on a demandé personnellement à une personne de faire du bénévolat au cours de l'année. Il est impossible de déterminer laquelle de ces deux explications s'applique.

La plupart des autres études du secteur bénévole portaient sur l'estimation des déterminants de la décision de faire du bénévolat et du choix des heures de bénévolat accompli. Elles appliquent habituellement une procédure d'estimation par probit ou logit pour le choix de faire du bénévolat, et une procédure par tobit pour les heures de bénévolat accompli. L'étude Devlin (2000) a employé une procédure Heckman à deux stades comme nous l'avons fait dans notre étude. La première étape de l'étude Devlin est toutefois axée sur la décision de faire du bénévolat et la seconde sur le salaire du particulier dans l'emploi rémunéré, dans le but d'examiner l'incidence du bénévolat sur le salaire à venir. À peu près toutes les études ont en commun le fait qu'elles se concentrent sur le bénévolat organisé, celui qui se fait par l'entremise d'organismes reconnus. Le bénévolat non organisé, celui qui consiste à aider les autres par soi-même, n'a jamais été étudié de plus près. Cela s'explique entre autres par la médiocrité générale des données sur le sujet. On peut aussi penser qu'étant donné que le bénévolat organisé commence seulement à être étudié de plus près, il est naturel que l'étude du bénévolat non organisé soit moins développée. Les détails des constatations des ouvrages empiriques antérieurs sont examinés plus loin, avec les variables indépendantes des régressions.

S'il n'existe en général pas beaucoup d'études sur le bénévolat, certains pays ont quand même réalisé des études économiques sur la question, dont le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et la Hollande[4]. L'étude de la question s'est intensifiée en particulier au Canada à la suite des dernières enquêtes sur le secteur bénévole[5].

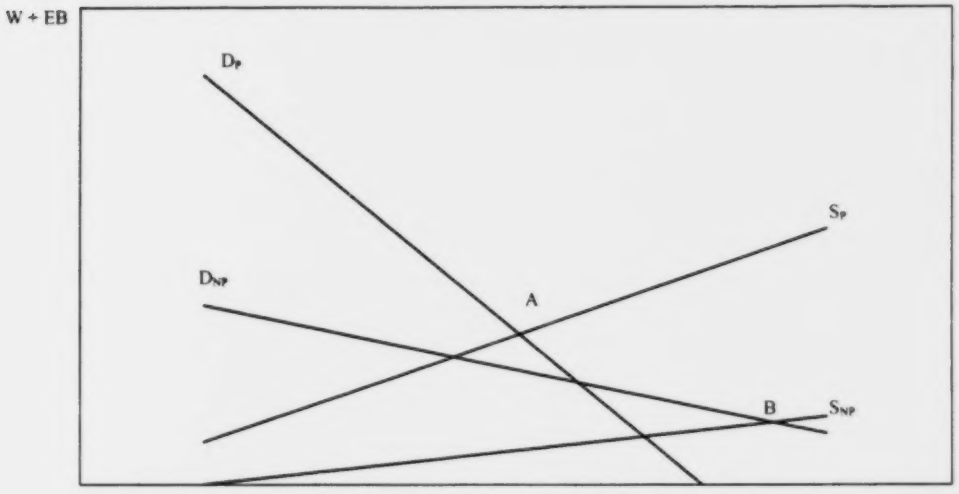
Le secteur bénévole de la santé

Les gens travaillent parce qu'ils sont rémunérés; c'est très simple. Il est beaucoup plus difficile de déterminer pourquoi exactement ils font du bénévolat, mais nous avons déjà parlé de la théorie du bénévolat motivé par la consommation et l'investissement. On pourrait dire qu'elle prolonge l'idée des écarts de salaire compensateurs, traitée dans la littérature sur le travail rémunéré [6]. L'une des raisons pour lesquelles certains emplois paient moins que d'autres est que les caractéristiques de l'emploi sont différentes et préférables dans l'emploi le moins payant; la différence de salaire est seulement la compensation des différences des critères d'évaluation. Les motifs exposés par Menchik et Weisbrod distinguent les caractéristiques positives de l'expérience de bénévolat qui compensent la différence qui permet de ne pas payer le travail.

La situation du graphique qui suit est celle de deux groupes de travailleurs du secteur de la santé, soit les travailleurs professionnels (P) et les travailleurs non professionnels (NP); ils correspondent aux travailleurs peu spécialisés et très spécialisés de la théorie générale du travail. Chacun des deux groupes retire une combinaison d'avantages salariaux (W) et d'avantages non salariaux externes (EB), les motivations décrites ci-dessus. Notons que

[4] La liste est loin d'être complète puisqu'il s'agit seulement des études dont j'ai découvert l'existence en rédigeant ma propre étude.
[5] Enquête de 1987 sur le bénévolat, ENDBP de 1997 et ENDBP de 2000.
[6] Adam Smith en a parlé pour la première fois dans *Wealth of Nations* (1776), chapitre 10, page 100.

les avantages externes des employés rémunérés et non rémunérés seraient certainement différents puisque les motifs du bénévolat décrits ci-dessus ont plus de valeur lorsque la personne n'est pas rémunérée. La réputation d'un bénévole serait par exemple plus rehaussée que celle d'une personne rémunérée pour accomplir la même tâche. Il existe également deux courbes de demande, une pour chacun des deux groupes de travailleurs puisqu'ils ne sont pas parfaitement substituables. La possibilité de substitution entre les deux groupes a pour effet de lier leurs courbes; cela signifie que la modification d'une courbe d'un groupe influencera les courbes de l'autre groupe. Ce serait le cas par exemple de la diminution de l'offre d'employés professionnels qui ferait augmenter la demande de travailleurs non professionnels.



Le point A représente l'équilibre du marché professionnel rémunéré et le point B l'équilibre du marché non professionnel. Notons que si la demande de personnes non professionnelles devait augmenter suffisamment, ou que si l'offre devait diminuer suffisamment, les bénévoles actuels pourraient recevoir théoriquement un paiement positif « en espèces » en plus de leurs avantages non monétaires externes, soit en argent réel ou par exemple sous la forme d'un crédit d'impôt. Cela se produira peut-être au Canada, mais il s'agit pour le moment de pure spéculation que la présente étude ne peut traiter.

Le graphique ci-dessus représente aussi la valeur de l'activité bénévole pour la société et pour les bénévoles eux-mêmes. L'aire sous la courbe de demande des employés non professionnels est la valeur du service pour la société, représentant la valeur que la société paierait, en salaires et en avantages externes, pour avoir le service non professionnel. La fraction de ce service qui est offerte par les bénévoles représenterait la valeur de l'activité bénévole. La fraction de l'aire sous la courbe d'offre en raison du bénévolat représente la valeur pour les bénévoles puisqu'elle représente la valeur qu'ils reçoivent de la prestation du service bénévole. Ces valeurs sont empiriquement beaucoup plus difficiles à mesurer, mais on peut les distinguer d'un point de vue conceptuel.

Le secteur rémunéré de la santé

En envisageant le rôle des bénévoles dans la prestation de la santé, il faut considérer les travailleurs rémunérés de la santé comme groupe de référence. Il y a deux principales façons de définir l'emploi dans le secteur de la santé. L'expression « travailleurs professionnels de la santé » définit habituellement les infirmières, les médecins et autres professionnels de la prestation des services de santé. Si elle permet de bien prendre la mesure de ceux qui fournissent directement les services de santé, elle ne tient pas compte de la proportion importante du secteur que constitue le personnel de soutien qui permet à ces professionnels de faire leur travail. L'autre définition du secteur de la santé est industrielle, celle des gens qui travaillent dans les industries de la santé. La différence de la définition industrielle, c'est qu'en plus des travailleurs de la santé comme les infirmières et les médecins, elle s'applique aussi à tous ceux qui les soutiennent. La définition professionnelle des travailleurs de la santé d'un hôpital s'applique par exemple aux médecins, aux infirmières, aux techniciens et aux assistants qui donnent directement des soins; la définition industrielle ajoute, à tous ceux qui précèdent, les concierges, les comptables qui gèrent les finances de l'hôpital et les autres[7]. La définition industrielle se prête mieux à la grande comparaison avec le secteur bénévole parce que les bénévoles sont plus susceptibles d'offrir beaucoup plus que des services et sont en fait plus susceptibles d'occuper ces postes de soutien. Beaucoup de bénévoles non organisés fournissent évidemment des soins directs, mais la définition industrielle saisit mieux la pleine gamme des services offerts par les bénévoles.

La définition industrielle distingue sept groupes d'employés[8]. Parce que les ensembles de données n'indiquent pas la nature exacte du travail bénévole, le meilleur groupe de comparaison est probablement celui qui tient compte de tous les travailleurs des industries de la santé; mais certains sous-groupes pourraient être intéressants. Les bénévoles organisés de la santé sont actifs dans les hôpitaux, les foyers et les maisons de soins infirmiers, d'où l'intérêt spécial de ces groupes. Les bénévoles non organisés de la santé accomplissent des tâches qui, si elles étaient offertes dans un cadre organisé, ressembleraient le plus à celles des travailleurs des services de soins à domicile, des foyers et des maisons de soins infirmiers. Le tableau[9] qui suit présente la répartition des 1,7 milliard d'heures de la santé entre les sept groupes et le salaire moyen de chaque groupe.

[7] Les médecins rémunérés pour les services qu'ils offrent ne font pas partie de ces deux définitions parce que les données de l'Enquête sur la population active portent seulement sur les salariés.
[8] Fabrication des médicaments, médecins, dentistes et autres praticiens. Autres soins ambulatoires, soins à domicile, hôpitaux, foyers et maisons de soins infirmiers.
[9] Données de l'Enquête sur la population active de 1997.

Groupe	Heures par année	Salaire horaire
Toutes les industries de la santé	1,7 milliard	18,87 $
Fabrication des médicaments	51 millions	29,18 $
Bureaux des médecins	148 millions	13,63 $
Dentistes et autres praticiens	200 millions	16,38 $
Autres soins ambulatoires	106 millions	20,40 $
Soins à domicile	29 millions	14,31 $
Hôpitaux	762 millions	21,28 $
Foyers et maisons de soins infirmiers	407 millions	14,69 $

Le tableau montre que les hôpitaux sont les grands employeurs des travailleurs de la santé, puisqu'ils emploient environ 45 % de l'effectif. Les autres grandes catégories du secteur rémunéré de la santé sont les foyers, les maisons de soins infirmiers et les bureaux des professionnels de la santé. La catégorie des soins à domicile comprend étonnamment peu de professionnels de la santé, soit moins de 2 % des travailleurs des industries de la santé. C'est également dans les soins à domicile qu'on s'attendrait de voir le plus de bénévolat, particulièrement non organisé. Il semble ressortir une image où le travail bénévole remplace le travail rémunéré, en comblant un vide dans une catégorie qui compte très peu de travailleurs rémunérés de la santé. Il est impossible de déterminer si ce travail bénévole non organisé comble vraiment un écart créé par le manque de travailleurs rémunérés ou s'il s'agit seulement en réalité d'un complément des soins professionnels à domicile qui existerait peu importe la situation des travailleurs rémunérés dans cette catégorie. Il semblerait qu'il se produit un peu des deux et que les bénévoles non organisés accomplissent des tâches qui complètent celles des travailleurs de soins à domicile le cas échéant, et les remplacent aussi quand il n'y a pas suffisamment d'aide rémunérée.

Quel est le rapport entre les heures données et les heures de travail rémunéré dans le secteur? On estime à 93 millions le nombre d'heures de bénévolat organisé dans le secteur de la santé, tandis que le nombre d'heures de bénévolat non organisé se situerait entre 2 milliards et 2,6 milliards d'heures[10]. Ce qui veut dire que les bénévoles de la santé ont à leur actif 59 % des 4,1 milliards d'heures[11] de travail de la santé effectuées au Canada en 1997.

Estimation de la valeur du temps de bénévolat

Il est relativement simple d'établir la valeur du temps de travail rémunéré; comme les employés de la santé ont travaillé 1,7 million d'heures au salaire horaire moyen de 18,87 $, le nombre d'heures de travail rémunéré de la santé a une valeur totale d'un peu plus de 32 milliards de dollars. Il est beaucoup plus difficile de faire le même calcul avec le travail bénévole parce qu'il n'est pas accompagné d'un salaire. Voici les deux principales méthodes possibles pour évaluer un taux de salaire pour cette source de travail non rémunéré.

[10] La source des heures de bénévolat organisé est l'ENDBP de 1997; les sources des heures de bénévolat non organisé sont l'ESG de 1998 et le Recensement de 1996.
[11] 1,7 milliard d'heures rémunérées + 2,4 milliards d'heures de bénévolat.

Valeur pour le bénévole

Du point de vue du bénévole, il faut que le service bénévole ait une valeur assez élevée pour le convaincre de donner du temps. Le service bénévole peut par conséquent avoir la valeur du coût d'option de ce temps. En théorie, les individus choisissent leur degré de participation à la population active de façon que le temps de loisir représente à la marge la même valeur que le temps de participation à la population active, dont la valeur équivaut au salaire que l'individu pourrait gagner. Il est par conséquent possible, entre autres, d'établir que la valeur du temps de bénévolat équivaut au salaire que l'individu pourrait gagner dans la population active.

Même si la méthode est bonne sur le plan de la théorie économique, il y a beaucoup de problèmes à régler. Premièrement, comment évaluer la valeur du temps de quelqu'un qui ne fait pas partie de la population active et qui, par conséquent, n'a pas de salaire? La littérature sur l'économie ouvrière a exploré cette question, d'ordinaire au moyen d'une régression sur le salaire en tant que fonction d'une variété de variables indépendantes. Ces estimations permettent ensuite d'imputer ce que serait le salaire probable des individus qui ne sont pas dans la population active, s'ils devaient travailler. Le volet technique étant réglé[12], il reste encore beaucoup d'aspects théoriques à traiter en envisageant le temps de bénévolat ainsi. Le bénévolat n'est pas comme le travail rémunéré et il est par conséquent très difficile d'en établir la valeur comme s'il s'agissait de travail rémunéré. Le bénévolat s'accomplit souvent dans un environnement de travail[13] beaucoup moins structuré et dans un domaine qui intéresse particulièrement le bénévole; lui conférer une valeur semblable à celle du travail rémunéré ne tiendrait pas compte des critères différents du travail rémunéré et non rémunéré. Et il ne faut pas oublier la question des nombreux avantages externes que le bénévole retire du bénévolat. Premièrement, l'acte de bénévolat procure sans doute un certain degré de satisfaction personnelle, ainsi que la valeur de l'approbation des autres membres de la collectivité. Deuxièmement, conformément au motif d'investissement du bénévolat, le bénévole acquiert de l'expérience et des contacts susceptibles d'améliorer sa capacité future de revenu[14]. Pour évaluer exactement la valeur de l'accomplissement d'un acte de bénévolat pour le bénévole, il faudrait déduire les avantages que l'individu en retire. Résultat, la valeur externe du bénévolat pour le bénévole serait alors probablement beaucoup moins élevée que le salaire que l'individu aurait pu gagner en choisissant d'être rémunéré pour travailler au lieu de faire du bénévolat. Une estimation approximative décente du salaire d'un bénévole donné le fixerait au niveau du salaire moyen gagné dans l'économie, et cela serait particulièrement applicable en ce qui concerne un salaire moyen pour les bénévoles en général.

---

[12] Il est encore difficile d'accomplir cette tâche avec l'ENDBP; en ne connaissant pas le nombre d'heures travaillées, il n'est pas possible de déterminer un salaire horaire.

[13] Campbell 1993.

[14] Day et Devlin 1996 et Devlin 2000.

Valeur pour l'organisme et la société

La bonne mesure de la valeur du bénévolat pour un organisme particulier, ou pour la société, est le coût de remplacement du bénévole par un travailleur rémunéré. Encore une fois, la proposition est théoriquement bonne, mais difficile à mettre en pratique. D'abord, comme la nature exacte des activités des bénévoles est inconnue, il est impossible de les lier directement aux activités rémunérées. Le problème n'est pas insurmontable étant donné qu'il est possible d'estimer approximativement leurs activités. Comme nous l'avons déjà dit, le bénévolat n'est pas comme le travail rémunéré. Il est raisonnable de supposer que si le degré de familiarité et de détente qui est nécessaire pour attirer les bénévoles devait être instauré dans un milieu de travail, un salaire moins élevé serait exigé. De plus, à cause de la nature du bénévolat, les compétences des bénévoles sont souvent moins spécialisées que celles d'un homologue rémunéré, ce qui fait qu'un intrant de main-d'œuvre donné génère moins d'extrant. Mais il est possible malgré tous ces problèmes d'estimer que la limite supérieure de la valeur de l'activité de bénévolat est le salaire gagné par les employés rémunérés du secteur. La limite inférieure pourrait être le salaire minimum, qui est le salaire le plus bas possible que l'organisme pourrait payer à un individu pour remplacer le travail fait par un bénévole. Cela suppose toutefois que tous les travailleurs sont également productifs. Il est possible que l'industrie puisse remplacer l'extrant d'une heure de bénévolat par moins d'une heure de travail rémunéré, même au salaire minimum, selon la productivité relative du bénévole et du travailleur rémunéré. Comme nous n'avons même pas une bonne idée de ce que les bénévoles font, l'idée de mesurer leur productivité n'est pas réalisable actuellement; elle est mentionnée seulement pour indiquer que le salaire minimum pourrait ne pas être la limite inférieure. Dans le secteur de la santé, il existe une variété de salaires possibles comme le salaire moyen des travailleurs des industries de la santé, le salaire des travailleurs du secteur dont les activités ressemblent le plus au travail des bénévoles, comme les soins à domicile, ou le salaire des travailleurs du métier de la santé qui ressemble le plus au travail des bénévoles, probablement du travail de soutien des services de santé[15].

Méthode	Salaire horaire	Valeur du bénévolat[16]
Salaire minimum	6,48 $	15,6 milliards de dollars
Postes d'aide	12,70 $	30,5 milliards de dollars
Soins à domicile	14,31 $	34,3 milliards de dollars
Moyenne économique générale	15,56 $	37,3 milliards de dollars
Industries de la santé	18,87 $	45,3 milliards de dollars

À cause du manque de certitude en ce qui a trait à une formule optimale d'établissement de la valeur du temps de bénévolat, le tableau ci-dessus présente une gamme d'estimations possibles pour l'année 1997. Il ne faut pas oublier que la définition la plus étroite d'un bénévole de la santé a été employée pour les bénévoles organisés et les bénévoles non organisés. Ainsi, chacune des valeurs ci-dessus représente une limite inférieure pour le bénévolat de la santé à chaque niveau de salaire. Compte tenu de ce que

[15] Les sept catégories professionnelles du secteur de la santé dans l'Enquête sur la population active sont les médecins, les postes de la santé dentaire, les professionnels en diagnostic, le personnel technique, les autres professionnels, les infirmières et les postes de soutien des services de santé.

[16] En utilisant 2,4 milliards d'heures.

nous avons dit plus haut, la meilleure estimation de la valeur du bénévolat en 1997 la situe quelque part entre 20 et 30 milliards de dollars. La main-d'œuvre rémunérée du secteur de la santé a gagné environ 32 milliards de dollars en 1997.

Résultats de régression dans les décisions relatives au bénévolat

Maintenant que le bénévolat a été placé dans le contexte du secteur rémunéré de la santé, et qu'il a été établi comme un fournisseur majeur des services de santé, nous allons examiner les caractéristiques personnelles qui influencent la décision d'un individu de faire du bénévolat et le choix des heures de bénévolat.

Classification des variables

Avant de décrire les variables particulières, il faut établir la structure dans laquelle elles seront placées. On doit poser alors deux questions. Premièrement, quels sont les grands facteurs déterminants de la tendance d'un individu à faire du bénévolat et de la quantité de temps donnée? Deuxièmement, comment les variables individuelles vont-elles se loger dans ces grandes catégories? Nous décrivons ci-dessous les grandes catégories et les variables individuelles qui les composent. Il faut noter que les variables individuelles ont en général des incidences sur plus d'une grande catégorie, et souvent de façon contradictoire. Les variables vont être incluses seulement dans la catégorie qui leur convient le mieux, mais nous tiendrons compte dans leur description de l'incidence qu'elles ont également sur d'autres catégories.

Temps

Le premier grand facteur qui influence la décision d'un individu de faire du bénévolat est le temps dont il dispose. Le bénévolat exige du temps, qui est limité pour tout le monde. En fait, le prix du bénévolat pour un individu est le coût d'option du temps utilisé. La littérature générale sur l'offre de travailleurs est axée sur la distinction entre le travail, défini comme une tâche rémunérée, et le loisir, c'est-à-dire tout le reste en incluant les tâches ménagères et même le sommeil. On peut élargir facilement ce modèle pour inclure le bénévolat parmi toutes les autres façons possibles d'utiliser son temps. Compte tenu du temps limité dont chaque individu dispose, tout le temps utilisé dans des activités qui ne sont pas du bénévolat est du temps qui n'est pas donné dans le secteur bénévole.

Connaissances et capacités

La connaissance des options offertes doublée de la capacité d'accomplir le service est le prérequis de la décision de faire du bénévolat. La personne doit absolument connaître les possibilités de bénévolat qui s'offrent à elle pour déterminer le temps qu'elle va y consacrer. Plus la personne connaît d'activités possibles de bénévolat, plus elle est susceptible d'en trouver une qui l'attire. Nous n'avons malheureusement pas le moyen de mesurer ce qu'une personne connaît des options qui lui sont offertes; mais il doit y avoir des facteurs mesurables qui auraient un rapport avec cette connaissance. Par exemple, plus une personne habite longtemps dans une collectivité et plus elle fait la connaissance d'autres personnes, plus elle est susceptible d'acquérir la connaissance des

possibilités de bénévolat qui s'offrent à elle. De même, plus les capacités physiques ou mentales d'une personne sont grandes, plus elle a d'options à sa disposition et plus elle est susceptible de faire du bénévolat.

La connaissance des possibilités est en fait une autre façon d'interpréter le résultat de Freeman selon lequel l'invitation à faire du bénévolat est le déterminant clé de la décision d'en faire. Plus vous connaissez de gens du secteur bénévole, plus il est possible qu'on vous demande d'en faire. Se faire demander de faire du bénévolat n'est qu'une des façons de se rendre compte de l'existence d'une possibilité de faire du bénévolat.

Attitudes sociales et préférences individuelles

Le regard que porte la société, ou une culture particulière de la société, sur le rôle d'un bénévole, est un facteur clé du processus de décision de la personne. Ces facteurs sociaux sont les composantes des préférences d'une personne, puisque les attitudes des gens sont façonnées au moins en partie par la société et que les choix comportementaux d'une personne tiennent compte des réactions de la société. Les facteurs environnementaux entourant une personne auront donc une incidence importante sur ses choix.

Temps	**Connaissances et capacités**	**Attitudes et préférences**
État matrimonial	Âge	Sexe
Enfants 0-5	Enfants 6-18	Taille de la ville
Emploi	Éducation	Engagement religieux
	Santé	Religion
	Durée	Province
	Pays de naissance	Antécédents de jeunesse
		Revenu
		Année

Modèle et méthodologie

Avant d'examiner les particularités des variables individuelles, il est important d'établir le modèle évalué et les méthodes utilisées. Nous voulons obtenir essentiellement les réponses à deux questions pour une gamme de groupes différents de bénévoles. Premièrement, quels sont les déterminants clés qui influencent la décision d'une personne de faire du bénévolat? Deuxièmement, quels sont les facteurs clés qui déterminent le nombre d'heures données par une personne? Nous allons poser ces deux questions à l'égard des six catégories suivantes de bénévoles : les bénévoles organisés, les bénévoles organisés de la santé, les autres bénévoles organisés, les bénévoles non organisés, les bénévoles non organisés de la santé et les autres bénévoles non organisés. Deux équations doivent être estimées pour chacun des groupes :

Participation = f (temps, connaissances et capacités, attitudes sociales et préférences)
Heures = f (temps, connaissances et capacités, attitudes sociales et préférences)

Chacune de ces deux équations pose des problèmes économétriques, et leur combinaison encore plus. Le choix de faire du bénévolat est une décision de type oui ou non, ce qui signifie qu'il faut un modèle limité de variable indépendante. Heureusement que beaucoup de modèles (probit ou logit) ont été élaborés et utilisés pour étudier l'activité bénévole. Les heures de bénévolat présentent également un problème puisque l'observation des heures est censurée en ce sens qu'elles ne peuvent pas être inférieures à zéro, même s'il s'agit de la valeur que la personne préférerait. Ce problème a été réglé dans la littérature au moyen de l'utilisation d'un modèle tobit qui corrige le biais des données censurées. Il existe toutefois un autre problème du fait qu'en plus d'être censurées, les données sur les heures font aussi l'objet d'un biais de sélection en ce sens que nous observons seulement les heures des personnes qui choisissent de faire du bénévolat. Si un modèle tobit nous permet d'estimer les contributions des diverses variables indépendantes en ce qui a trait à la décision du nombre d'heures, il restreint les coefficients de ces variables qui doivent demeurer les mêmes, qu'une personne ait fait du bénévolat ou non. Il existe une autre technique qui règle mieux les questions entourant à la fois la décision de faire du bénévolat et le choix des heures, parce qu'elle règle les questions de sélection et permet la variation des coefficients de l'équation des heures selon que la personne est bénévole ou non.

Le modèle de sélection Heckman, ou l'estimateur Heckman à deux stades, a été élaboré par James Heckman en 1979 afin[17] de régler particulièrement le genre de problèmes rencontrés ici, mais il a été appliqué habituellement dans la littérature sur la main-d'œuvre rémunérée. En général, quand une estimation d'une régression des heures ne tient pas compte des biais de sélection du fait que les heures sont observées seulement si une personne choisit de participer, cette estimation souffre de l'omission d'une variable, à savoir l'incidence de la sélection sur les heures. La méthode Heckman cherche à corriger ce biais en estimant le taux de risque, fondamentalement une mesure des probabilités de sélection dans un premier temps, et en incluant ensuite cette estimation dans la régression des heures; on appelle habituellement cette estimation de la variable omise, le ratio Mill inversé. La méthode Heckman comprend deux stades. Dans le premier, on estime un modèle probit concernant la décision de faire du bénévolat avec des données de tous les bénévoles et les non-bénévoles, et le ratio Mill inversé est calculé. La deuxième étape est alors entreprise en estimant un modèle de méthode classique des moindres carrés pour les heures utilisant les données des personnes qui ont fait du bénévolat tout en incluant le ratio Mill inversé pour tenir compte du biais de sélection.

[17] Heckman 1979.

De façon plus formelle,

équation de sélection : décision de faire du bénévolat (probit)

$$V_i = X_i\beta + e_{1i} \quad (1)$$

équation de régression : choix des heures (méthode classique des moindres carrés)

$$H_i = Z_i\gamma + e_{2i} \quad (2)$$

où

$$e_1 \sim N(0,1)$$
$$e_2 \sim N(0, \sigma)$$
$$\text{corr}\,(e_1,e_2) = \rho$$

Où V est une variable 1-0 mesurant si une personne fait du bénévolat, H est le nombre d'heures de bénévolat, et X et Z sont vecteurs de variables indépendantes. C'est la corrélation entre les termes d'erreur qui génère le biais que la méthode Heckman cherche à éviter. Si $\rho = 0$, la méthode Heckman n'ajouterait pas d'autre information que la simple exécution des deux régressions séparément. Si $\rho = 1$, le modèle tobit émerge alors. Si $0<\rho<1$, il se produit alors un certain processus de sélection que le modèle Heckman éclaire.

Une dernière observation en ce qui a trait à l'ensemble particulier de données utilisé ici, l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation. Parce qu'il faut pondérer les données du sondage en raison de la procédure d'échantillonnage utilisée, il est nécessaire d'utiliser des techniques de régression pondérée. Il existe heureusement des pondérations d'échantillon pour chacune des variables individuelles de l'échantillon, ce qui permet de rajuster en fonction de l'importance relative de chaque observation[18].

Sexe et temps

En employant une variable factice pour capturer la différence entre les hommes et les femmes et entre 1997 et 2000, on suppose qu'il existe seulement une différence fixe entre ces facteurs et que tous les coefficients propres aux autres variables sont semblables. Mais cela pourrait bien ne pas être le cas.

Il est possible de vérifier si les coefficients propres à chacun des sexes ou à chacune des périodes sont semblables. On fait une régression sans restriction, où le coefficient propre à chacune des variables indépendantes peut varier par groupe (hommes c. femmes, 1997 c. 2000). On fait ensuite un test de Wald pour déterminer si les coefficients propres à chacune des variables sont identiques, la statistique résultante étant conforme à une distribution chi carré.

$$V_i = \beta_m X_{mi} + \beta_f X_{fi} + e_i$$

Test ho : $\beta_m = \beta_f$, pour tout β

[18] Pour un examen plus détaillé de l'utilisation de facteurs de pondération dans l'analyse de régression, voir Deaton 1997.

Les résultats du test de Wald indiquent qu'il est possible, dans le cas du bénévolat organisé, de reléguer l'hypothèse d'égalité à un seuil de signification de 1 %; cela veut dire qu'il faut faire les régressions séparées par sexe. Dans le cas du bénévolat non organisé, il est possible de reléguer l'hypothèse d'égalité à un seuil de signification de 2 %. Pour des raisons d'espace, les régressions par sexe et les statistiques de Wald sont annexées au présent document.

Le test de Wald décrit ci-dessus a été exécuté à l'égard de la période d'enquête, soit 1997 c. 2000. Les résultats du test de Wald indiquent que dans le cas du bénévolat organisé, il est possible de reléguer l'hypothèse d'égalité à un seuil de signification de 1 %. Dans le cas du bénévolat non organisé, il est également possible de reléguer l'hypothèse d'égalité à un seuil de signification de 1 %.

Les régressions par sexe et par période de temps, et leurs statistiques respectives du test de Wald, sont également incluses dans l'annexe du présent document. Tout ce qui ressort de façon particulière de ces régressions plus stratifiées sera examiné avec les résultats des régressions où les données concernant le sexe et le temps sont factices, mais nous avons omis de faire un examen détaillé des résultats réels.

Résultats de régression

La section qui suit décrit les variables indépendantes, les résultats prévus d'après la théorie et la littérature, et les résultats réels des régressions. Les régressions réelles sont incluses dans une annexe, avec une liste de toutes les variables indépendantes. Les résultats relatifs au bénévolat organisé de la santé sont généralement semblables à ceux des autres formes de bénévolat organisé, outre le fait que les estimations ont tendance à être plus petites. Cet écart est sans doute dû à la variation limitée causée par l'échantillon beaucoup plus petit de bénévoles organisés de la santé; il est toutefois également possible qu'il existe une vraie différence expliquant pourquoi le bénévolat de la santé est moins sensible aux variables indépendantes examinées. Il est possible qu'il existe une caractéristique clé non observée ici.

Variables de temps

État matrimonial

L'interaction entre l'état matrimonial et le bénévolat est complexe puisqu'elle entre probablement dans les trois dimensions. L'incidence principale sur le temps est que les personnes mariées ont souvent plus de temps à leur disposition parce que le partage des tâches ménagères avec l'autre libère du temps pour faire autre chose. Cela n'est pas tout à fait certain parce qu'il est possible que le mariage entraîne plus d'activités domestiques à accomplir ou enlève du temps à consacrer à des projets individuels à l'extérieur du foyer parce que plus de temps est consacré aux activités avec l'autre. L'incidence sur la connaissance des possibilités de bénévolat est moins incertaine. En étant mariée, une personne est plus susceptible de connaître les possibilités de bénévolat directement par l'autre, ou indirectement par les contacts que l'autre peut avoir. Quant aux préférences, il est également probable que si l'un des membres du couple fait du bénévolat, l'autre en

fera aussi. Il ressort de la littérature que le mariage a une incidence positive sur le choix de faire du bénévolat, mais pas d'incidence marquante sur le nombre d'heures de bénévolat.

Les régressions entreprises dans notre étude semblent concorder en général avec ce qui avait déjà été constaté. Le fait d'être marié augmente la possibilité de faire du bénévolat, organisé et non organisé, de 4 % à 5 %. Il n'y a pas en outre d'incidence marquante sur le nombre d'heures de bénévolat non organisé; le mariage réduit toutefois le nombre d'heures de bénévolat organisé d'environ 14 heures par année, et de 27 heures par année dans le cas des bénévoles de la santé. Ces résultats semblent confirmer la description ci-dessus des incidences en matière de connaissances et de préférences du mariage sur une personne, mais elles semblent indiquer que le mariage enlève en réalité du temps à consacrer au bénévolat. Le mariage semble avoir une incidence beaucoup plus grande pour inciter les hommes à faire du bénévolat organisé que les femmes. La raison en est incertaine, mais elle est probablement liée aux préférences.

Enfants de 0 à 5 ans

La présence de jeunes enfants au foyer risque de réduire considérablement la possibilité de faire du bénévolat et le nombre d'heures données, comme le démontre la littérature. Les jeunes enfants exigent beaucoup de soins et rendent les parents moins libres de décider quand et où ils vont faire du bénévolat, parce qu'ils doivent souvent amener les enfants. Ce facteur a peut-être moins d'importance pour les bénévoles non organisés, parce qu'ils se dévouent souvent chez des amis ou des membres de leur famille, dans un environnement beaucoup plus convenable pour les jeunes enfants.

La littérature indique que la présence de jeunes enfants a réduit considérablement la probabilité de faire du bénévolat organisé, soit d'environ 7 %, sans avoir d'incidence considérable sur le nombre d'heures. Cela laisse croire que les enfants empêchent l'entrée, mais qu'ils ne modifient pas le comportement après l'entrée. Étrangement, on a constaté le contraire pour le bénévolat non organisé, où la présence de jeunes enfants n'a pas d'incidence sur la décision de faire du bénévolat, mais dont l'incidence est considérable sur la quantité de temps donné, soit 1,5 heure de moins de bénévolat par semaine.

Situation par rapport au marché du travail

La situation d'une personne par rapport au marché du travail est susceptible d'avoir deux effets solides et opposés sur le bénévolat. Premièrement, le temps dépensé sur le marché du travail réduit directement le temps de loisir et de bénévolat. Par ailleurs, les personnes qui travaillent sont susceptibles d'avoir un plus grand réseau de contacts qui vont accroître leur connaissance du secteur bénévole et leur chance de se faire demander de participer. Que ressort-il de l'opposition de ces deux forces? La littérature présente la constatation intuitivement intéressante voulant que l'effet de temps domine pour les employés à temps plein, et l'effet de connaissance pour les travailleurs à temps partiel. Les employés à temps plein font donc du bénévolat moins souvent, et les employés à temps partiel plus souvent, que les personnes qui ne font pas partie de la population

active. Fait surprenant, il n'a pas été constaté que la situation d'emploi a un effet marquant sur les heures de bénévolat.

La présente étude confirme les constatations antérieures sur le bénévolat organisé, montrant en particulier que le travail à temps plein diminue la possibilité de participation d'environ 7 %, tandis que le travail à temps partiel l'augmente d'environ 3 %. Les chômeurs ne sont pas différents des personnes hors de la population active. En ce qui concerne les heures, l'effet négatif est considérable pour les travailleurs à temps plein, soit 24 heures, tandis que le travail à temps partiel n'a pas d'incidence sur les heures. Cela est très conforme à la théorie qui dit que les travailleurs à temps plein manqueraient de temps et choisiraient entre le travail et le bénévolat. Comme les employés à temps partiel ne sont pas aussi susceptibles de manquer de temps, il n'y a pas de substitution dans leur cas. L'emploi a une incidence négative très importante sur le bénévolat non organisé, soit 2,5 heures par semaine pour les travailleurs à temps plein et les travailleurs à temps partiel, mais sans incidence sur la décision de participer.

Variables de connaissances et de capacités

Âge

L'étape où la personne est rendue dans sa vie a sans doute une grande incidence sur l'activité de bénévolat; la courbe de cette incidence devrait même être calquée sur celle du parcours de vie. Les jeunes ont tendance à être en meilleure santé, mais avec des compétences moins développées et une moindre compréhension des possibilités de bénévolat, sans mentionner les différences de préférences entre les jeunes et les vieux. En vieillissant, on s'attend à ce que les gens fassent plus de bénévolat à mesure que leurs compétences et leurs connaissances se développent et les rendent en mesure d'accomplir une vaste gamme de possibilités de bénévolat. Et quand la santé physique se met à diminuer après un certain point, il devient plus difficile de faire du bénévolat. Ainsi, comme la littérature l'indiquait, on s'attend à voir augmenter les possibilités et les heures à mesure que la personne vieillit, et à les voir diminuer plus tard dans la vie. Cela est capturé par l'inclusion de l'âge et de l'âge2 dans la régression.

Il ressort que l'âge n'a pas d'incidence sur la décision de faire du bénévolat ou sur le nombre d'heures données, autrement que pour les bénévoles de la santé dont la décision de participation a suivi le cycle de vie qui vient d'être décrit. Cela soutiendrait l'argument selon lequel l'âge n'est pas un déterminant important de l'activité de bénévolat, bien qu'un effet réel aurait pu être constaté s'il y avait eu plus de données. De plus, nous avons tenu compte ici de la santé et de l'éducation, deux effets croissants avec l'âge quand ils ne sont pas pris en compte.

Enfants de 6 à 18 ans

S'il apparaît que la présence des enfants de 0 à 5 ans réduit le temps consacré au bénévolat, celle des enfants de 6 à 18 ans est susceptible de l'augmenter considérablement. Les enfants plus âgés ont besoin de beaucoup moins d'attention que les plus jeunes, ce qui libère beaucoup de temps. Les enfants participent souvent aussi à des activités dans des équipes sportives ou des clubs scolaires, qui exigent souvent

beaucoup de bénévolat. Ces activités font en sorte que les parents connaissent mieux ce qu'ils pourraient offrir et la valeur personnelle de l'expérience de bénévolat pour un parent.

Il ressort que la présence d'enfants plus âgés a l'incidence prévue d'augmenter le niveau de participation au bénévolat organisé, d'environ 7 %. Comme il fallait s'y attendre, cette incidence ne ressort pas pour les bénévoles de la santé parce que les parents qui ont des enfants d'âge scolaire sont plus susceptibles de faire du bénévolat ailleurs. Il ne ressort pas d'incidence sur le bénévolat non organisé, comme il fallait s'y attendre encore une fois, parce que beaucoup d'activités de bénévolat avec des enfants d'âge scolaire sont de nature organisée.

Éducation

On a constaté depuis longtemps que l'éducation est un grand déterminant de la participation civique en général, dont le bénévolat est un volet particulier. En fait, on a constaté que l'éducation est un déterminant clé de la décision de faire du bénévolat et du choix des heures données. Cela n'est pas surprenant étant donné que l'éducation devrait accroître le nombre de contacts et le nombre d'activités possibles de bénévolat. Mais il faut interpréter cette variable avec beaucoup de prudence. Dans une étude de jumeaux faite en Nouvelle-Zélande[19], Gibson constate que l'éducation réduit en réalité le nombre d'heures de bénévolat. Il prétend que l'éducation est déterminée par un grand nombre des mêmes facteurs familiaux non observés qui affectent la décision de faire du bénévolat, comme l'éthique de travail. Comme nous ne faisons pas de contrôle concernant ces facteurs familiaux non observés dans la présente étude, nous nous attendons de constater que plus de personnes instruites vont faire du bénévolat plus souvent et en donnant plus d'heures, mais il faut tenir compte du travail de Gibson en interprétant la variable.

L'éducation a une incidence énorme sur la décision de faire du bénévolat et sur le nombre d'heures données. Les personnes sans études secondaires ont 8 % de chances de moins de faire du bénévolat organisé que celles qui ont complété au moins en partie leurs études secondaires, tandis que celles qui ont fait des études universitaires ont 18 % plus de chances de faire du bénévolat organisé (4 % moins susceptibles et 4% plus susceptibles pour le bénévolat non organisé). En ce qui concerne les heures, l'éducation universitaire ajoute 24 heures par année pour le bénévolat organisé, sans incidence marquante sur les heures de bénévolat non organisé. Ces résultats sont compréhensibles sachant que le bénévolat organisé exigerait probablement plus de compétences pointues et dépendrait plus des contacts et des demandes pour générer des bénévoles; tous ces facteurs sont en corrélation avec l'éducation. On observe certaines anomalies non intuitives, notamment que l'éducation a beaucoup plus d'incidence dans les données de 1997 que dans celles de 2000 et que l'incidence sur le bénévolat non organisé semble considérablement plus importante pour les hommes.

Santé

La santé de la personne a rarement été considérée comme un facteur déterminant du bénévolat; seuls Day et Devlin (1996) l'incluent. Il existe toutefois une solide raison

[19] Gibson 1999.

intuitive de l'inclure, puisque les gens qui ne sont pas en santé ne sont pas susceptibles d'être capables d'aider les autres et sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide eux-mêmes. Day et Devlin ont constaté que la bonne santé d'une personne avait un effet positif à la fois sur la probabilité de faire du bénévolat et sur le nombre d'heures données.

La présente étude confirme que la santé de la personne est un déterminant important de la probabilité qu'elle fasse du bénévolat, mais c'est la mauvaise santé qui a la plus grande incidence. Être en excellente ou en très bonne santé augmente la probabilité de faire du bénévolat organisé de 5 % à 6 % sans incidence marquante sur la probabilité de faire du bénévolat non organisé. La mauvaise santé réduit la chance de faire du bénévolat organisé de 8 % et celle de faire du bénévolat non organisé de 23 %.

Durée de la présence dans la communauté

Il s'agit d'un autre facteur rarement étudié, vu seulement dans une étude de 2000 de Devlin. On croirait que plus une personne vit longtemps dans une collectivité, plus elle a de contacts et plus elle est susceptible de participer à une activité bénévole. Devlin a examiné la durée seulement dans le contexte de la probabilité de bénévolat et a constaté que plus des personnes ont habité une collectivité longtemps, plus elles sont susceptibles de faire du bénévolat. Il n'a pas étudié les heures, mais on ne s'attendrait pas à ce que la durée ait un effet marquant, jouant plutôt un rôle beaucoup plus important dans l'augmentation de la connaissance des possibilités de bénévolat dans la collectivité avec peu d'incidence sur la quantité de temps donné à des activités de bénévolat.

Les résultats de la présente étude laissent perplexe en ce qui a trait à la durée. En comparant avec les personnes qui ont vécu entre deux et six ans dans la même collectivité, on constate que le groupe de personnes qui ont passé moins de deux ans dans la même collectivité, et le groupe de personnes qui ont vécu plus de six ans dans la même collectivité, sont tous les deux plus susceptibles de faire du bénévolat organisé; on ne remarque pas d'incidence sur les heures de bénévolat non organisé ou organisé. Cette tendance inexplicable a néanmoins des effets très importants puisque les personnes qui ont vécu moins de deux ans dans la même collectivité ont 5 % de chances de plus de faire du bénévolat et que celles qui y ont vécu plus de six ans ont 9 % de chances de plus d'en faire.

Pays de naissance

Cette variable établit une distinction entre les personnes nées au Canada et celles qui sont nées à l'extérieur du Canada. On peut croire qu'il y a beaucoup de connaissances du rôle du secteur bénévole et des possibilités de bénévolat à acquérir en grandissant. Les personnes nées à l'extérieur du Canada sont beaucoup moins susceptibles de connaître les diverses options de bénévolat. Et les nouveaux Canadiens auront probablement moins de relations sociales, qui suscitent souvent le bénévolat, soit parce qu'elles ont besoin d'aide ou parce qu'elles leur demandent personnellement de faire du bénévolat. On peut s'attendre à ce que les personnes nées à l'étranger fassent du bénévolat moins souvent. Mais lorsqu'elles en font, il n'y a pas lieu de croire qu'elles vont en faire des quantités d'heures différentes de celles des personnes nées au Canada.

Comme prévu, le fait d'être né à l'extérieur du Canada réduit la probabilité de faire du bénévolat organisé et non organisé de 7 %.

Attitudes et préférences

Sexe

Pour le pire ou pour le mieux, les rôles des hommes et des femmes dans la société sont perçus différemment, et cela peut affecter la décision de faire du bénévolat et le nombre d'heures données. Bien que ce ne soit pas universel, les femmes ont tendance à passer plus de temps avec les enfants et dans la collectivité; on pourrait donc s'attendre à ce qu'elles connaissent mieux les activités bénévoles et aient plus de possibilités d'en faire. Inversement, c'est sur leurs épaules que la charge des tâches ménagères est la plus lourde. Toutes choses pareilles, cela fait en sorte que les femmes ont moins de temps de loisir à consacrer au bénévolat. Cette explication est étayée par d'autres études qui ont constaté que si les femmes font du bénévolat plus souvent, elles ont tendance en moyenne à donner moins d'heures que les hommes bénévoles.

La présente étude constate comme il fallait s'y attendre que les hommes sont moins susceptibles de faire du bénévolat, dans une proportion de 2 % à 3 %. Cette constatation émane toutefois du bénévolat dans la santé. L'incidence du fait d'être un homme réduit la chance de faire du bénévolat organisé dans le domaine de la santé de 3 % et celle de faire du bénévolat non organisé de la santé de 8 %; par ailleurs, le fait d'être un homme n'a pas d'incidence sur la probabilité de faire du bénévolat organisé dans d'autres domaines et augmente de 6 % les chances de faire du bénévolat non organisé ailleurs que dans la santé. Il s'agit de constatations très sensées puisque que la grande partie de la main-d'œuvre rémunérée dans la santé sont des femmes et que ce sont les femmes qui prennent généralement soin des autres dans la vie quotidienne. En ce qui concerne les heures, les hommes font beaucoup plus d'heures de bénévolat organisé, soit 37 par année, et beaucoup moins d'heures de bénévolat non organisé, soit, 1,5 heure de moins par semaine. Il pourrait simplement s'agir d'une préférence des hommes pour les formes plus organisées de bénévolat, le nombre total d'heures données par les sexes étant le même. On peut trouver plus de détails sur les différences par sexe en examinant les régressions par sexe de l'annexe du présent document.

Taille de la ville

On a souvent décrit les petites villes comme des groupes tricotés serrés interagissant plus souvent et plus étroitement avec leurs amis que les gens des grandes villes. C'est certes un stéréotype, mais les gens des petites villes ont probablement un plus grand sentiment d'appartenance à une collectivité et une plus grande connaissance de ce qui s'y passe. On croirait qu'un plus grand sentiment de communauté augmenterait les chances de faire du bénévolat, sans mentionner le fait que les relations plus étroites sont susceptibles de créer plus de pression sociale de participer à la vie de la collectivité. Des études ont constaté que les gens des grandes villes font moins souvent de bénévolat, mais que la taille de la ville n'a pas d'incidence marquante sur le nombre d'heures données.

La taille de la ville n'a pas d'incidence sur les heures de bénévolat non organisé ou organisé. La seule incidence est que les grandes villes ont tendance à diminuer les chances de bénévolat organisé d'environ 2 %, tandis que les petites villes les augmentent d'environ 5 %. Cela semble être le contraire dans le cas du bénévolat organisé de la santé, où les petites villes diminuent légèrement les probabilités. Cette anomalie vient probablement du fait qu'on dit que le bénévolat organisé de la santé se produit dans les hôpitaux et les maisons de soins, et qu'il y en a peu dans les régions à basse population.

Religion et engagement religieux

La religion et l'intensité de la croyance religieuse sont toutes les deux susceptibles d'avoir une incidence marquante sur les décisions relatives au bénévolat. La religion occupe une grande place de la culture d'une personne et des attentes envers elle. Beaucoup de religions veulent que leurs membres fassent du bénévolat dans la communauté et il peut en résulter une grande pression sociale en ce sens. En parallèle avec l'augmentation des contacts par l'entremise des organismes religieux, dont beaucoup sont actifs dans la prestation du bénévolat, les chances de bénévolat augmentent invariablement. Parce que beaucoup d'organismes bénévoles sont de nature religieuse, il est possible que l'association religieuse constitue un obstacle pour les gens hors des religions chrétiennes communes du Canada. On s'attend donc, en général, à ce que les personnes religieuses fassent du bénévolat plus souvent, mais que les fidèles des religions moins répandues au Canada fassent du bénévolat moins souvent que ceux des religions plus communes. La littérature sur le bénévolat révèle que les personnes religieuses font du bénévolat plus souvent et donnent plus d'heures que les personnes moins religieuses. Elle contient très peu de choses sur la façon dont la confession religieuse d'une personne affecte ses décisions relatives au bénévolat.

Si l'intensité de l'engagement religieux ne semble pas avoir d'incidence marquante sur le bénévolat non organisé, elle augmente le bénévolat organisé. Les personnes très religieuses ont 8 % de chances de plus de faire du bénévolat organisé que celles qui sont seulement un peu religieuses, qui ont 4 % de chances de plus de faire du bénévolat que celles qui ne sont pas très religieuses. L'intensité de l'engagement religieux semble tenir seulement pour les personnes qui sont au moins un peu religieuses, puisque les personnes qui ne sont pas religieuses du tout ont seulement 4 % de chances de moins de faire du bénévolat que celles qui sont très religieuses. Cela est sensé puisque le degré d'engagement correspondrait au degré d'activité dans la communauté religieuse, une communauté dont les personnes non religieuses ne font pas partie. La seule incidence sur les heures semble être que si une personne est très religieuse, elle donnera en moyenne 32 heures de plus par année qu'une personne de tout autre degré d'engagement religieux.

En ce qui concerne la confession religieuse, l'appartenance à une religion, par rapport au fait de ne pas être religieux, augmente les probabilités de bénévolat non organisé, et toutes les confessions, sauf la religion catholique, augmentent les probabilités de bénévolat organisé. La confession religieuse n'a pas d'incidence sur les heures. Il a été relativement surprenant de découvrir que le fait d'appartenir à une autre confession, généralement non chrétienne, augmente plus la probabilité de bénévolat que le fait

d'appartenir aux relations chrétiennes plus traditionnelles. Quant à l'effet prévu de la confession comme obstacle à l'entrée, il ne semble pas se produire.

Province

La province de résidence d'une personne permet de faire une estimation très brute de la culture sociale dans laquelle elle vit. Ne s'agissant en rien d'une représentation parfaite des attitudes sociales que la personne doit affronter, la province de résidence permet au moins de constater des variations selon les régions du Canada. Il ressort généralement des études que les personnes qui résident au Québec font une moins grande quantité de bénévolat que la moyenne, tandis que celles des provinces des Prairies en font en plus grande quantité que la moyenne. Il n'y a pas de motif réel de faire des prédictions a priori de l'incidence d'une province donnée sur les décisions relatives au bénévolat outre que de croire qu'il existe probablement des différences marquantes entre les régions.

Les résultats de régression révèlent des différences marquantes entre les provinces du Canada. Le Canada peut se diviser en gros en trois groupes. L'Ontario, la Colombie-Britannique et les provinces de l'Atlantique ont toutes un comportement très semblable, à part le fait que le bénévolat non organisé est légèrement plus probable en Colombie-Britannique et légèrement moins probable à Terre-Neuve, par rapport au reste du groupe. La probabilité de bénévolat organisé est moindre au Québec, d'environ 4 %, par opposition au fait que le nombre d'heures données est susceptible d'être plus élevé, soit 29 heures de plus en moyenne par année. Finalement, la probabilité de participation est considérablement plus élevée dans les provinces des Prairies, soit de 6 % à 10 % pour le bénévolat organisé, et de 1 % à 7 % pour le bénévolat non organisé; cela est toutefois par opposition au nombre moyen moins élevé d'heures données de bénévolat organisé, d'environ 20 heures par année. Ces tendances mettent en valeur un résultat important. Le nombre moyen d'heures données semble diminuer à mesure que la participation augmente. Cela est examiné de plus près dans la section suivante du présent document.

Un point inquiétant est le fait que les résultats de l'enquête de 1997 et ceux de l'enquête 2000 sont très différents en ce qui concerne le bénévolat non organisé dans deux provinces. Une personne du Québec ou de l'Alberta, par rapport à quelqu'un de l'Ontario, avait 5 % de chances de moins de faire du bénévolat en 1997, mais 6 % de chances de plus d'en faire en 2000. Il n'y a pas de raison logique pour expliquer ce changement fondamental, ce qui porte à croire que la qualité des données relatives au bénévolat non organisé est suspecte.

Revenu

Le revenu est en fait une variable très difficile à situer dans ce cadre. Il est certainement corrélé avec le nombre d'heures travaillées et ainsi doté d'une dimension temporelle. Il est également corrélé avec l'âge, l'éducation et les autres facteurs qui déterminent le salaire d'une personne. De plus, il a été avancé que le revenu est endogène et lui-même dépendant de la quantité de volontariat qu'une personne accomplit. Nous l'avons inclus dans la présente section comme une mesure entrant directement dans la décision d'optimisation de la personne par l'entremise des contraintes budgétaires de la personne. Si l'on considère que le bénévolat est un bien normal, alors plus les gens disposeraient de

revenu, plus on s'attendrait à ce qu'ils fassent du bénévolat; ils « achèteraient » plus de temps à consacrer au bénévolat en travaillant moins. Il y a évidemment un effet de substitution opposé en ce sens que plus le revenu d'une personne est élevé, plus le coût d'option du fait de ne pas travailler est élevé et plus le prix du temps consacré au bénévolat est élevé. En considérant également que le revenu est corrélé avec le temps passé au travail, et que plus une personne travaille moins elle a de temps pour le bénévolat, l'incidence globale du revenu sur l'activité de bénévolat est incertaine. La littérature a révélé que le revenu est corrélé de façon positive avec la probabilité de bénévolat, sans qu'on ait établi de consensus à l'égard du rapport entre le revenu et la quantité d'heures données, même si les études ont tendance à démontrer qu'il est négatif. En ce que concerne l'aspect endogène, si de longs antécédents de bénévolat pourraient avoir une incidence sur le revenu du travail en développant les contacts et le capital humain, il est improbable qu'il s'agisse d'une décision conjointe présentant un effet à court terme. En fait, Day et Devlin ont constaté dans une étude de 1996 que le fait de considérer le revenu comme un facteur endogène ne modifiait pratiquement aucun de leurs résultats.

La présente étude, comme la littérature, constate que le revenu est corrélé de façon positive avec la probabilité de bénévolat organisé, et corrélé de façon négative avec le nombre d'heures de bénévolat organisé. Il ne ressort pas d'incidence sur le bénévolat non organisé.

Antécédents de jeunesse

Les antécédents de jeunesse sont capturés en trois variables qui essaient de mesurer comment le contact avec les activités bénévoles au cours de la jeunesse affecte le comportement à l'âge adulte. Les trois variables mesurent si une personne a vu un modèle de comportement faire du bénévolat, un parent faire du bénévolat ou si une personne a été aidée par un bénévole quand elle était jeune. S'il n'existe pas de littérature pour aider à prédire l'incidence de ces variables, on peut croire intuitivement que plus une personne a été en contact avec le secteur bénévole, particulièrement par l'entremise des proches, plus elle a de chances de participer à des activités de bénévolat plus tard dans la vie.

Ces trois variables s'avèrent des déterminants clés du bénévolat organisé et non organisé. Le fait de voir au cours de sa jeunesse un modèle de comportement faire du bénévolat augmente la probabilité de faire du bénévolat à l'âge adulte d'environ 4 %,[20] le fait d'avoir été aidé par un bénévole au cours de sa jeunesse augmente cette possibilité de 6 % à 7 %, et le fait de voir un parent faire du bénévolat l'augmente de 8 % à 10 %. Ces résultats indiquent qu'il y a un transfert marquant d'attitude envers le bénévolat de génération en génération, qui fait en sorte que tous les chocs, positifs ou négatifs, ont des répercussions à long terme.

Année

Finalement, il pourrait y avoir une transformation de l'attitude de la société envers le bénévolat d'une année à l'autre. Nous ne savons pas à quoi nous attendre de cette

[20] La probabilité de faire du bénévolat non organisé diminue de 1 %.

variable puisqu'il s'agit d'une mesure de la transformation entre 1997 et 2000, les deux dates d'enquête. Les premières études révèlent que la tendance a penché au Canada vers une moindre probabilité de faire du bénévolat, mais avec plus d'heures pour ceux qui font du bénévolat[21].

Il s'est produit un grand changement de 1997 à 2000, peut-être révélateur d'un changement fondamental de la façon dont le bénévolat est accompli au Canada. La probabilité de faire du bénévolat organisé en 2000 a diminué de 11 % par rapport à 1997, et le nombre d'heures données a diminué en moyenne de 28 heures, toutes choses pareilles. Cela représente une diminution énorme de la quantité d'effort bénévole au Canada. D'autre part, la probabilité de faire du bénévolat non organisé a augmenté de 6 %, même s'il n'a pas été possible de vérifier les heures à cause de l'absence de données sur les heures de bénévolat non organisé dans les ENDBP. On ne sait pas encore très bien si cela représente une transformation des préférences en faveur du bénévolat non organisé ou si ceux qui font du bénévolat non organisé viennent à la rescousse lorsque le bénévolat organisé n'est pas disponible, mais il s'agit d'une question intéressante qui pourrait avoir des répercussions importantes en ce qui a trait à la façon dont nous allons composer avec les changements futurs de l'activité bénévole.

Résumé des résultats clés et incidence sur les politiques générales

Considérant la longue liste de variables dans la section précédente, prenons un peu de recul et examinons quelques-uns des résultats les plus importants. L'éducation est probablement le plus grand facteur particulier déterminant si une personne va faire du bénévolat ou non; il faut surtout se demander, en examinant les possibilités d'action, pourquoi l'éducation est si importante dans la décision de faire du bénévolat. Il est possible que les gens plus instruits aient accès à une plus vaste gamme de possibilités de bénévolat, soit parce qu'ils ont plus de capacités, soit parce qu'ils connaissent plus les options offertes. Une réaction possible à cette explication serait d'éduquer les gens en matière de possibilités de bénévolat. Une autre explication possible est que les gens plus instruits possèdent un plus grand réseau de contacts susceptibles d'inciter quelqu'un d'autre à faire du bénévolat. Cela est possiblement lié à la probabilité de se faire demander personnellement de faire du bénévolat, ce que nous n'avons pas pu mesurer directement, mais que Freeman (1997) a trouvé comme étant clairement le déterminant dominant de la décision de faire du bénévolat. Si c'est le cas, il faudrait probablement que l'initiative vienne des œuvres de bienfaisance particulières afin qu'elles incitent leurs membres à essayer de demander personnellement de l'aide de leurs connaissances ou des gens du public en général. La troisième possibilité est que, comme Gibson (1999) l'a constaté, l'éducation n'augmente pas la participation au bénévolat; dans les régressions, elle capte simplement des caractéristiques particulières non observées comme la capacité ou les antécédents familiaux. Il est difficile d'imaginer un projet de politique qui aurait un effet marquant le cas échéant. La clé est qu'avec tant d'explications différentes possibles, il est risqué de mettre une politique en œuvre avant que d'autres études aient déterminé les facteurs sous-jacents de l'éducation.

[21] Canadiens dévoués, Canadiens engagés, 2001

L'un des aspects nouveaux de la présente étude qui n'a pas été examiné auparavant est l'importance des antécédents de jeunesse sur le comportement adulte en matière de bénévolat. Le fait d'être exposé au bénévolat à un jeune âge par l'exemple de parents ou de modèles de comportement, ou le fait de profiter d'un acte de bénévolat, augmente beaucoup la possibilité de faire du bénévolat plus tard dans la vie. Certaines provinces du Canada ont instauré des politiques qui forcent les jeunes à faire du bénévolat afin de terminer leurs études secondaires, en espérant que ces antécédents de jeunesse vont les inciter à faire du bénévolat à l'âge adulte. Il est peu probable que cette interaction forcée avec le secteur bénévole soit aussi bénéfique que de voir un parent qui a choisi personnellement de faire du bénévolat, mais peut-être que la création de la connaissance du secteur va accroître le nombre de bénévoles dans l'avenir. L'autre chose que l'importance des antécédents de jeunesse introduit est la possibilité, et le danger, de causalité cumulative. Avec l'augmentation du nombre de bénévoles, plus de jeunes vont entrer en contact avec le secteur, et un plus grand nombre vont probablement faire du bénévolat plus tard dans la vie, créant ainsi un cercle vertueux. Le contraire est toutefois également vrai en ce sens qui si le nombre de bénévoles diminue, cela pourrait également avoir un effet négatif sur le degré de bénévolat avec le temps. C'est dans cet esprit qu'apparaissent particulièrement inquiétantes les données indiquant que les gens avaient 11 % moins de chances de faire du bénévolat organisé en 2000 qu'en 1997, toutes choses pareilles. Tout en reconnaissant que cela est compensé en partie par une augmentation du bénévolat non organisé, il demeure que nous ne savons pas si le bénévolat non organisé a la même incidence positive sur le comportement à l'âge adulte.

La santé de la personne est une autre variable qui n'est pas étudiée souvent, mais dont l'incidence est énorme sur le comportement en matière de bénévolat. Il est intuitivement simple de reconnaître qu'une personne en mauvaise santé est beaucoup moins susceptible de consacrer du temps et des efforts à aider les autres. L'externalité positive d'un système de santé solide contribuant à une meilleure santé des travailleurs et générant ainsi plus d'extrants dans le secteur rémunéré a souvent été examinée. L'incidence de la santé sur le temps de bénévolat donné est probablement beaucoup plus grande, puisqu'il n'y a pas la pression de se présenter comme au travail. Une autre question possible de causalité cumulative se pose en ce qui concerne le bénévolat du secteur de la santé. Un système de santé solide nécessite moins de bénévoles, parce que moins de gens sont malades, et que plus de gens sont disponibles parce qu'ils sont eux-mêmes en santé. Par opposition, plus de personnes tombent malades si le système de santé s'affaiblit, ce qui signifie qu'il y a plus de soins à dispenser. Cela va créer une plus grande demande de bénévoles de la santé, particulièrement parce qu'ils remplacent probablement les travailleurs rémunérés de la santé dans au moins certains cas; l'offre de bénévoles de la santé va toutefois diminuer en raison d'un niveau de santé moins élevé des bénévoles, qui mettra encore plus le système à l'épreuve. La conclusion évidente est d'investir dans le système de santé afin d'éviter que cette spirale négative se produise.

Il y a une mise en garde importante à garder à l'esprit en planifiant les mesures à prendre. Il ne faut pas s'attendre à ce que l'augmentation du nombre de bénévoles fasse en sorte que ces nouvelles personnes vont toutes fournir le nombre moyen précieux d'heures. Il est déraisonnable de supposer que les gens incités d'une certaine façon à faire du

bénévolat auront les mêmes caractéristiques que ceux qui font déjà du bénévolat, sinon ils en auraient déjà fait. On peut constater ce fait dans les données provinciales indiquant que les provinces dont les niveaux de participation sont les plus élevés ont également tendance à afficher les niveaux moyens les moins élevés du nombre d'heures données. Lorsque le degré de bénévolat augmente, c'est la personne à la marge qui est ajoutée, et non le bénévole très dévoué qui est déjà là. Un deuxième facteur est que la demande de bénévoles n'est pas infinie. Il n'y a qu'un certain nombre de tâches à faire; ainsi, l'ajout de bénévoles pourrait créer de l'engorgement, diminuant ainsi le nombre moyen d'heures par personne.

Qu'est-ce qui rend finalement les bénévoles de la santé différents des autres bénévoles? La nature particulière de la question crée des problèmes en raison de l'échantillon limité de bénévoles dont nous disposons pour l'analyse. Avec plus de données, il est probable que d'autres caractéristiques distinctives émergeraient, mais même avec les données qui existent, on peut constater deux distinctions clés. Premièrement, les hommes sont beaucoup moins susceptibles de faire du bénévolat dans la santé; en fait, l'observation générale voulant que les hommes soient moins susceptibles de faire du bénévolat émane entièrement du secteur de la santé. Cela correspond directement à l'observation voulant que la majorité des employés du secteur rémunéré de la santé soient également des femmes. La deuxième distinction est que si les petites villes augmentent le bénévolat en général, elles diminuent le bénévolat organisé de la santé. Cela est sans aucun doute causé par le fait que les hôpitaux et les maisons de soins, où les bénévoles de la santé participent, ne se retrouvent pas autant dans les régions plus rurales. Cela soulève la possibilité d'un bassin non exploité de personnes des petites villes qui seraient prêtes à donner du temps si une institution convenable devait être mise en place.

Conclusion

Notre étude a exploré le secteur bénévole en rapport avec la santé, sur la base des deux questions suivantes : Quelle est la contribution des bénévoles au système canadien de santé? Quels sont les déterminants clés du comportement bénévole?

La contribution des bénévoles au système de santé est immense. Les bénévoles organisés, cibles de la plupart des études, font une contribution d'environ 93 millions d'heures par année, une quantité impressionnante mais non frappante par rapport aux 1,7 milliard d'heures rémunérées dans le secteur. Toutefois, les 2,3 milliards d'heures de bénévolat non organisé de la santé représentent une ressource encore plus importante que la main-d'œuvre rémunérée. L'estimation de la valeur de ce temps est très difficile et varie selon la méthode adoptée. Les estimations varient entre 15 et 45 milliards de dollars, mais il s'agirait plutôt probablement de quelque chose entre 20 et 30 milliards de dollars. Cela sous-entend que les bénévoles de la santé représentent une ressource extrêmement précieuse jamais envisagée dans l'examen des coûts purement monétaires du système de santé. Le plus important n'est pas la valeur exacte, mais le rôle immense des bénévoles dans la prestation de la santé.

La deuxième question est examinée depuis plus longtemps au Canada et dans les autres pays. L'étude profite de quatre aspects clés. L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (NSGVP) est un nouvel ensemble riche de données qui permet d'examiner beaucoup de nouvelles questions. Deux nouveaux déterminants clés du comportement bénévole ont été établis, soit les antécédents de jeunesse et la santé. Il semble qu'ils soient, avec l'éducation, les déterminants dominants du bénévolat. La seule faiblesse flagrante de cet ensemble de données est le manque d'information sur les heures de bénévolat non organisé qui limite une grande partie de l'analyse utile qui pourrait être entreprise. Le deuxième aspect particulier est l'accent sur les bénévoles de la santé. Malheureusement, la quantité limitée de données ne permet pas beaucoup d'affirmations concrètes, à part le fait que le bénévolat est l'affaire des femmes. C'est à vrai dire uniquement cette composante de la santé qui a incité les chercheurs du passé à prétendre que les femmes font plus de bénévolat que les hommes; les autres secteurs constatent une participation égale des hommes et des femmes au bénévolat. Troisièmement, et probablement ce qui est le plus important, le bénévolat non organisé a été examiné. L'analyse a été relativement limitée en raison de problèmes de données, mais elle a confirmé que les bénévoles non organisés se comportent beaucoup comme les bénévoles organisés. L'un des points clés ressortant de l'analyse est qu'elle indique à quel point la contribution des bénévoles non organisés est immense, particulièrement en santé. Finalement, la procédure Heckman d'estimation à deux étapes a été appliquée à l'étude du bénévolat.

Il faut maintenant déterminer ce qu'il faut faire à partir d'ici. Le résultat clé de l'étude est que le bénévolat non organisé a énormément d'importance dans la santé. Nous devons donc examiner le secteur de plus près et, en particulier, recueillir de meilleures données sur les heures de bénévolat non organisé. Les activités accomplies et la façon dont elles sont intégrées aux activités de la main-d'œuvre rémunérée doivent également être examinées de plus près, concernant à la fois les bénévoles organisés et non organisés. Finalement, il y aurait peut-être lieu d'examiner le secteur lui-même, voir comment les choses ont changé, ou pourraient changer.

Annexe I : Bénévolat organisé

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la régression Heckman à deux stades, où le choix de faire du bénévolat ou non constituait le premier stade, et le choix des heures le deuxième stade. Les variables significatives au niveau de 5 % sont accompagnées d'un astérisque (*). Les variables non incluses dans la régression sont accompagnées de la mention S.O.

Catégorie	Variable	Tout Participation (dF/dX)	Santé Participation (dF/dX)	Non-santé Participation (dF/dX)	Annuel Tout Heures	Annuel Santé Heures	Annuel Non-santé Heures
Temps	Marié	.047456*	.006929*	.037385*	-14.4600*	-27.2373*	-15.8911*
	Enfants 0-5	-.072895*	-.017150*	-.048300*	-5.4491	-13.8655	-9.3601
	Temps plein	-.070919*	-.013506*	-.051544*	-24.3348*	-27.6517*	-23.9719*
	Temps partiel	.030020*	.001187	.025072	-8.2418	-14.5003	-8.1137
	Chômage	-.000434	-.001778	.001075	1.1090	8.6616	.4753
Connaissances et capacités	Âge	.000559	.001140*	-.000894	1.0730	.4631	1.7900*
	Âge2	-.000023	-.000010*	-9.48e-06	.0066	.0129	.0009
	Enfants 6-18	.077375*	-.001792	.073128*	S.O.	S.O.	S.O.
	Pas de sec.	-.084112*	-.019575*	-.064053*	.9560	-48.6396*	6.9682
	Sec. plus	.054705*	.018631*	.032898*	20.6240*	23.2839	21.9475*
	Université	.182460*	.036432*	.139129*	24.0622*	49.1912*	20.6292*
	Excellente (santé)	.064452*	.011265*	.047862*	S.O.	S.O.	S.O.
	Très bonne (santé)	.050050*	.005061	.042043*	S.O.	S.O.	S.O.
	Moyenne (santé)	-.038343*	-.000812	-.036459*	S.O.	S.O.	S.O.
	Mauvaise (santé)	-.084709*	-.013266*	-.066500*	S.O.	S.O.	S.O.
	Courte (durée)	.049677*	.015422*	.032944*	.7204	8.6772	.3189
	Longue (durée)	.093257*	.019359*	.067158*	10.3600	25.5999	11.0225
	Étranger	-.069128*	-.016955*	-.045616*	S.O.	S.O.	S.O.
Attitudes et préférences	Homme	-.022010*	-.026732*	.010693	37.1731*	-26.7283	29.0254*
	Petite (ville)	.020153*	-.005035*	.024946*	-2.9266	-9.7261	-8.5331
	Grande (ville)	-.049100*	-.004518	-.043376*	3.4206	23.5061	-3.5901
	Très religieux	.079153*	.006194	.065988*	31.1797*	-3.8062	28.3617*
	Pas très religieux	-.036469*	-.004939	-.029525*	-9.7724	-21.4863	-8.4728
	Pas religieux du tout	.037402*	-.003951	-.031784*	10.1157	-22.6134	12.3442
	Protestant	.068266*	.008305	.054176*	-8.4556	-5.4423	-12.5717
	Catholique	-.001452	.005732	-.008919	-11.0613	-.2508	-11.9689
	Église unie	.045326*	.002847	.037970*	-6.6595	-6.9250	-10.3032
	Autre	.068187*	-.001827	.065689*	16.4229	-11.6090	11.7101
	C.-B.	.008566	-.006838	.017997	13.0698	-17.3372	12.8709
	Alberta	.068704*	.004712	.059141*	-11.5186	-11.6508	-12.5002
	Saskatchewan	.103720*	-.000504	.100787*	-20.1886*	-18.5039	-23.4246*
	Manitoba	.058077*	-.005655	.063905*	-19.0999*	-21.2029	-22.2619*
	Québec	-.044826*	-.026627*	-.010260	29.4150*	-23.0688	34.0995*
	Nouveau-Brunswick	.001773	-.004883	.009216	13.6945	13.1354	11.6753
	Nouvelle-Écosse	.012346	.001014	.009660	5.2380	-2.8930	9.8409
	Î.-P.-É.	.018290	.003786	.011790	6.3949	22.8640	11.3361
	Terre-Neuve	-.034098*	-.001840	-.029256*	16.7674	-20.2574	25.6529*
	Modèle de comportement	.035354*	.008447*	.025309*	S.O.	S.O.	S.O.
	Parent	.101739*	.014840*	.081046*	S.O.	S.O.	S.O.
	Aidé	.071205*	.006345*	.061132*	S.O.	S.O.	S.O.
	Revenu	7.83e-07*	1.74e-07*	5.06e-07	-.0002*	-.0002	-.0002*
	2001	-.111746*	-.008431*	-.094684*	-28.1896*	-16.86	-28.8978*

Annexe II : Bénévolat non organisé

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la régression Heckman à deux stades, où le choix de faire du bénévolat ou non constituait le premier stade, et le choix des heures le deuxième stade. Les variables significatives au niveau de 5 % sont accompagnées d'un astérisque (*). Notez qu'il a fallu utiliser pour les heures de bénévolat non organisé les données plus limitées de l'ESG 1998. Les variables non incluses dans la régression sont accompagnées de la mention S.O.

Catégorie	Variable	Tout Participation (dF/dX)	Santé Participation (dF/dX)	Non-santé Participation (dF/dX)	Hebdomadaire Santé Heures (ESG)
Temps	Marié	.0427777*	.0246449	.0165391	.4082047
	Enfants 0-5	-.0210513	-.0468035*	.0261507	-1.5779440*
	Temps plein	.0148925	.0486834	-.0344630	-2.4589570*
	Temps partiel	-.0179053	.0073979*	-.0209174	-2.7437840*
	Chômage	.0028010	-.0144500	.0231816	S.O.
Connaissances et capacités	Âge	.0024075	.0109181*	-.0074434*	.3082608*
	Âge2	-.0000536*	-.0001076*	.0000420	-.0025324
	Enfants 6-18	-.0026433	.0075125	-.0098240	S.O.
	Pas de sec.	-.0437700*	-.0679676*	.0063491	2.9901570*
	Sec. plus	.0324327*	.0153008	.0143915	.1936728
	Université	.0432912*	-.0026536	.0406711*	.3211914
	Excellente (santé)	-.0037242	-.0172163	.0129004	S.O.
	Très bonne (santé)	-.0241870	-.0183365	-.0063244	S.O.
	Moyenne (santé)	-.0504041*	-.0017822	-.0479109*	S.O.
	Mauvaise (santé)	-.2304777*	-.0622427*	-.1583738*	S.O.
	Courte (durée)	.0261812	-.0195511	.0427968*	S.O.
	Longue (durée)	.0399971*	-.0033823	.0402550*	S.O.
	Étranger	-.0716919*	-.0549501*	-.0184284	S.O.
Attitudes et préférences	Homme	-.0251090*	-.0832306*	.0601175*	-1.5188160*
	Petite (ville)	1.20e-07	5.78e-08	9.66e-08	S.O.
	Grande (ville)	-.0240439	-.0110211	-.0161098	S.O.
	Très religieux	.0137636	.0072182	.0054820*	1.2185650
	Pas très religieux	-.0264111	.0176111*	-.0484889	1.1131120
	Pas religieux du tout	-.0523928*	-.0780717*	.0279003	.7868165
	Protestant	.0484777*	-.0588729	.0124168	.6268116
	Catholique	.0482400*	.0185538*	.0329187*	-.1007760
	Église unie	.0698035*	.0379367*	.0392247	S.O.
	Autre	.0669333*	.0581551*	.0217223	S.O.
	C.-B.	.0546487*	.0606693	.0048409*	-.5541977
	Alberta	.0470798	.0023797	.0446172	.3445920
	Saskatchewan	.0137897*	-.0160751	.0258004*	-.3173944
	Manitoba	.0653035*	.0118580	.0440937	-.8096682
	Québec	.0609820	.0226394*	.0327331	1.0536070

	Nouveau-Brunswick	.0094138	.0437930	-.0310394	-.1971549
	Nouvelle-Écosse	-.0327748	-.0122039	-.0194870	.9437817
	Î.-P.-É.	.0039184	-.0008190	.0008608	1.4906920
	Terre-Neuve	-.0049305	.0045978	-.0164717	2.5885270
	Modèle de comportement	-.0127073*	-.0126907*	-.0062335	S.O.
	Parent	.0776030*	.0770133*	.0057676	S.O.
	Aidé	.0620080*	.0466771*	.0147646	S.O.
	Revenu	1.20e-07	5.78e-08	9.66e-08	S.O.
	2001	.0552466*	.0581046*	-.0005488	S.O.

Annexe III : Régression par sexe

Catégorie	Variable	Homme Organisé Participation	Femme Organisé Participation	Homme Organisé Heures	Femme Organisé Heures	Homme Non organisé	Femme Non organisé
Temps	Marié	.0673522*	.0280989*	-1.765408	-10.10469	.0537901*	.0385891*
	Enfants 0-5	-.0592622*	-.0877229*	-7.05735	-6.492375	-.0064022	-.0318562
	Temps plein	-.0553083*	-.0850072*	-27.76731	-26.56566*	-.0563916*	.0174559
	Temps partiel	.024885	.0277021	-31.36503	-5.835185	.0083808	.0292599
	Chômeur	.0065119	-.0058062	-39.52493*	22.56033	-.0373137	.0366788
Connaissances et capacités	Âge	-.0026773	.0031265	.0556253	-.869895	.0006582	.0048241*
	Âge2	.0000138	-.0000548*	.0176264	.0295675	-.0000439	-.0000732*
	Enfants 6-18	.0743245*	.0760975*	S.O.	S.O.	.0108812	-.0191618
	Pas de sec.	-.0843785*	-.0835479*	-24.4386	35.15497	-.0382498	-.0427497
	Sec. plus	.0530712*	.0572083*	44.11978*	28.75137*	.0384237	.0269231
	Université	.1698907*	.1959047*	42.76894*	41.34898*	.0800075*	.0018996
	Excellente (santé)	.0776251*	.0498674*	S.O.	S.O.	-.0119865	.0021893
	Très bonne (santé)	.0524328*	.0476155*	S.O.	S.O.	-.0252668	-.0225935
	Moyenne (santé)	-.0129104	-.0575977*	S.O.	S.O.	-.0170806	-.0765145*
	Mauvaise (santé)	-.0631339	-.1059271	S.O.	S.O.	-.2520565*	-.2103556*
	Courte (durée)	.0359062	.0630448*	-1.088241	24.96326	.03097	.0187991
	Longue (durée)	.0887207*	.0971214*	9.705249	20.00398*	.0388926	.0399076*
	Étranger	-.0775308*	-.062171*	S.O.	S.O.	-.0767267*	-.0743524*
Attitudes et préférences							
	Petite (ville)	.0065222	.0320729*	-3.021212	-1.711542	.0146433	.0108683
	Grande (ville)	-.0573321*	-.0391311*	-4.029152	-11.01001	-.0498201*	-.0012485
	Très religieux	.0606303*	.0920421*	49.53664*	33.80795*	-.0479871	-.0140211
	Pas très religieux	-.0401712*	-.0344965*	-2687932*	8.953859	-.0636513*	-.0413074*
	Pas religieux du tout	-.0402857*	-.0341017	-1.008926	14.97758	-.0725989*	-.0195168
	Protestant	.0680622*	.0643948*	2.316076	-1.241918	.0315055	.0618478*
	Catholique	-.0074548	.0032587	-5.225637	.4557984	.1058312*	.0364362
	Église unie	.075963*	.0141694	-21.83382	-5.452643	.0766728*	.0585362*
	Autre	.0699026*	.0630422*	40.247	44.81072*	.0594952	.0556341*
	C.-B.	.0069707	.011196	15.89141	20.986	.0611402*	.0315673
	Alberta	.0729454*	.0694792*	-14.5052	-15.98681	.0257149	-.0014901
	Saskatchewan	.1074924*	.1025561*	-12.55831	-23.80742*	.0605228*	.0709857*
	Manitoba	.0448691*	.0740361*	-24.93081*	-25.92706*	.0728638*	.0482627*
	Québec	.0018076	-.0899113*	22.29064	7.812039	-.0030917	.0184763
	Nouveau-Brunswick	-.0009285	.0076524	18.05742	18.3836	-.0671151*	-.008434
	Nouvelle-Écosse	.0230165	.0053593	20.08422	-6.956592	.0120421	-.0040775
	Î.-P.-É.	.022171	.0163466	18.73315	-10.45135	-.0578637	.0399554
	Terre-Neuve	-.0595864*	-.0046618	42.96173	2.085318	-.0180917	-.0102273
	Modèle de comportement	.0369562*	.0326088*	S.O.	S.O.	.0747582*	.079332*
	Parent	.0805529*	.1228052*	S.O.	S.O.	.0691339*	.0573625*
	Aidé	.0827264*	.0591863*	S.O.	S.O.	.1041921*	.1133565*
	Revenu	7.48e-07*	8.25e-07*	-.0003583*	-.0001995	1.31e-07	1.48e-07
	2001	-.1059797*	-.1139871*	-24.1906*	-20.87872*	.0646626*	.0414915*

** = significatif au niveau de 5 %*

Statistique du test de Wald Hc: $\beta_{Homme} = \beta_{Femme}$ pour tout β

Organisé: $X^2 = 100.24$

Prob > X^2 = 0.0000 (rejet Ho à seuil de signification de 1 %)

Non organisé: $X^2 = 61.35$

Prob > X^2 = 0.0165 (rejet Ho à seuil de signification de 2 %)

Annexe IV : Régression par temps

Catégorie	Variable	1997 Organisé Participation	2000 Organisé Participation	1997 Organisé Heures	2000 Organisé Heures	1997 Non organisé Participation	2000 Non organisé Participation
Temps	Marié	.0174019	.0703322*	-7.855997	-8.460566	.0444632*	.0381621*
	Enfants 0-5	-.0711465*	-.0716937*	-12.41307	6.9302202	-.0100899	-.0310347
	Temps plein	-.0713255*	-.0765699*	-38.90378*	-34.27152	-.0209996	-.0778694
	Temps partiel	.0478984*	.0109502	-28.35996*	-23.31211	.0364317	-.0766125
	Chômage	-.0226187	.0023142	-42.31471*	-26.06631	.0254723	-.0756745
Connaissances et capacités	Âge	.0000452	.0005424	1.36115	-1.817162	.0069751*	-.0023311
	Âge2	-.0000199	-.0000244	-.00194	.0475819	-.0001044*	1.05e-06
	Enfants 6-18	.101534*	A	S.O.	S.O.	-.0144252	A
	Pas de sec.	-.0880257*	-.0746106*	-23.04155	46.96196	-.0782549*	-.0047531
	Sec. plus	.0797119*	.0245055	38.95717*	30.13543*	-.0046461	.0670625*
	Université	.2367463*	.1264717*	43.04894*	40.87573*	.0241591	.0635455*
	Excellente (santé)	.0638933*	.0587421*	S.O.	S.O.	-.0004399	-.0063642
	Très bonne (santé)	.0486825*	.0528554*	S.O.	S.O.	-.0025546	-.0456849*
	Moyenne (santé)	-.017968	-.050808*	S.O.	S.O.	-.0403021	-.059898*
	Mauvaise (santé)	-.0748988*	-.090826*	S.O.	S.O.	-.1491152*	-.2836436*
	Courte (durée)	.0356573	.0630256*	16.83008	8.981881	.0111475	.0434752
	Longue (durée)	.0969699*	.0888657*	24.21241*	6.333692	.0386128*	.0480632*
	Étranger	-.0902284*	-.0372106	S.O.	S.O.	-.111373*	-.0346346
Attitudes et préférences	Homme	-.0139263	-.028924*	33.70776*	27.62473*	-.0317454*	-.0159072
	Petite (ville)	.0287422*	.0115757	-3.336087	-2.970258	.0177201	.0105763
	Grande (ville)	-.0380717*	-.0533419*	-6.698827	-9.567467	-.0457921*	.0018912
	Très religieux	.0890147*	.0731198*	41.87534*	35.22545*	-.0220529	-.0292859
	Pas très religieux	-.0527833*	-.0229363	-5.098856	-13.82866	-.086926*	-.0212662
	Pas religieux du tout	-.0342923*	-.0389819*	6.706229	5.148365	-.0595824*	-.0339625
	Protestant	.0887132*	.0520385*	1.033303	-3.591531	.0781023*	.0458983*
	Catholique	.0091794	-.0118848	.0882778	-5.583169	.0722065*	.0659674*
	Église unie	.0924665*	-.0476662	-3.586453	-41.84093*	.0608476*	.052416
	Autre	.0840405*	A	46.47273*	A	.0557951*	A
	C.-B.	.0015354	.015371	25.37577*	12.74512	.059707*	.0348194
	Alberta	.0364414*	.0971678*	-.1846061	-28.03306	-.0487148*	.0615327*
	Saskatchewan	.0784739*	.1255375*	-13.45618	-25.74213	.0453241*	.0702179*
	Manitoba	.0354588	.0822788*	-13.51993	-38.3634*	.0261087	.0789819*
	Québec	-.0618044*	-.0252184	21.70723	4.059075	-.0544432*	.0588344*
	Nouveau-Brunswick	-.0185611	.0183239	20.58756	12.72673	-.0685657*	-.0035865
	Nouvelle-Écosse	-.00989	.028861	.4095572	6.314769	-.0253465	.0195578
	Î.-P.-É.	-.0240868	.0525093	-11.30911	14.97033	-.0851389*	.0503608
	Terre-Neuve	-.0633197*	-.0095295	-4.644269	46.25247	-.093105*	.0461708
	Modèle de comportement	.0347567*	.036256*	S.O.	S.O.	.0605814*	.09413357*
	Parent	.1086314*	.0953401*	S.O.	S.O.	.0990446*	.0266369
	Aidé	.0758811*	.066317*	S.O.	S.O.	.1106054*	.0992222*
	Revenu	5.04e-07*	1.22e-06*	-.0001297	-.000494*	2.85^{e}-07	-1.39^{e}-07

** = significatif au niveau de 5 %*
A = omission à cause de colinéarité
Statistique du test de Wald Ho: $\beta_{1997} = \beta_{2000}$ pour tout β
Organisé: $X^2 = 67.47$
Prob > X^2 = 0.0031 (rejet Ho à seuil de signification de 1 %)
Non organisé: $X^2 = 102.74$
Prob > X^2 = 0.0000 (rejet Ho à seuil de signification de 1 %)

Annexe V : Variables indépendantes

Voici une liste de toutes les variables indépendantes utilisées dans les régressions. La catégorie est indiquée avec toutes les variables qui mesurent une catégorie donnée en-dessous. Dans le cas des variables factices, le cas de base exclu de la régression sera entre parenthèses.

Variables de temps

1. État matrimonial
    a. (célibataire) – incluant jamais marié, divorcé, veuf
    b. marié
2. Enfants 0-5
    a. (aucun)
    b. enfants 0-5 – au moins un enfant de 0 à 5 ans à la maison
3. Situation par rapport au marché du travail
    a. (à l'extérieur de la population active)
    b. temps plein
    c. temps partiel
    d. chômeur

Variables de connaissances et de capacités

1. Âge
    a. âge - âge en années individuelles
    b. âge2 - âge*âge
2. Enfants 6-18
    a. (aucun)
    b. enfants 6-18 – au moins un enfant de 6 à 18 ans à la maison
3. Éducation
    a. pas de sec. – jamais fréquenté l'école secondaire
    b. (un peu de sec.) – études secondaires sans diplôme
    c. sec. plus – diplôme secondaire mais jamais fréquenté l'université
    d. université – fréquenté l'université
4. Santé
    a. excellente
    b. très bonne
    c. (bonne)
    d. moyenne
    e. mauvaise
5. Durée
    a. courte – vécu dans la communauté moins de 2 ans
    b. (moyenne) – vécu dans la communauté entre 2 et 6 ans
    c. longue – vécu dans la communauté plus de 6 ans
6. Pays de naissance
    a. (Canada)
    b. Étranger – né à l'extérieur du Canada

Variables d'attitude sociale et de préférences

1. Sexe
    a. homme
    b. femme
2. Taille de la ville
    a. petite – moins de 15 000 personnes
    b. (moyenne) – 15 000 à 500 000
    c. grande – plus de 500 000 personnes
3. Engagement religieux
    a. très religieux
    b. assez religieux
    c. pas très religieux
    d. pas du tout religieux
4. Religion
    a. (aucune)
    b. Catholique
    c. Protestant
    d. Église unie – membre de l'Église unie
    e. autre
5. Province
    a. C.-B. – Colombie-Britannique
    b. Alberta
    c. Saskatchewan
    d. Manitoba
    e. (Ontario)
    f. Québec
    g. Nouveau-Brunswick
    h. Nouvelle-Écosse
    i. Î.-P.-É. – Île-du-Prince-Édouard
    j. Terre-Neuve
6. Antécédents de jeunesse
    a. modèle de comportement – a vu un modèle de comportement faire du bénévolat dans sa jeunesse
    b. parent – pendant sa jeunesse, a vu un parent faire du bénévolat
    c. aidé – pendant sa jeunesse, a été aidé par un bénévole
7. Revenu
8. Temps
    a. (1997)
    b. 2000

Bibliographie

Campbell, D. (1993). *The Voluntary Non-Profit Sector: An Alternative*, Queen's University, School of Policy Studies, Kingston (Ontario), Canada.

Day, Kathleen, et Devlin, Rose Anne (1996). « Volunteerism and crowding out: Canadian econometric evidence », dans *Canadian Journal of Economics*, vol. 29, n° 1, p. 37-53.

Day, Kathleen, et Devlin, Rose Anne (1998). « The payoff to work without pay: volunteer work as an investment in human capital », dans *Canadian Journal of Economics*, vol. 31, n° 5, p. 1179-1191.

Deaton, Angus (1997). *The Analysis of Household Surveys: A Microeconometric Approach to Development Policy*, Johns Hopkins Press, Baltimore, USA.

Devlin, Rose Anne (2000). *Labour-Market Responses to Volunteering: Evidence from the 1997 NSGVP*, Développement des ressources humaines Canada.

Devlin, Rose Anne (2000). *Labour-Market Responses to Volunteering: Regional Differences*, Développement des ressources humaines Canada.

Ekos Research Associates (1999). *Analysis of Volunteering: Results from the 1997 National Survey of Giving, Volunteering, and Participating*, Développement des ressources humaines Canada.

Freeman, Richard B. (1997). « Working for Nothing: The Supply of Volunteer Labor », dans *Journal of Labour Economics*, vol. 15, n° 1, partie 2, p. 140-166.

Gibson, John (1999). « Correlation versus Causation and the Apparent External Benefits of Education », dans *New Zealand Economic Papers*, vol. 33, n° 1, p. 51-69.

Hall, Michael et coll. (1998). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation*, Statistique Canada.

Hall, Michael et coll. (2001). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*, Statistique Canada.

Heckman, James (1979). « Sample Selection Bias as a Specification Error », dans *Econometrica*, vol. 47, n° 1, p. 153-161.

Menchik, Paul, et Weisbrod, Burton (1987). « Volunteer Labor Supply », dans *Journal of Public Economics*, vol. 32, p. 159-183.

Ross, David P. (1990). *Economic Dimensions of Volunteer Work in Canada*, Social Economic Research, Ottawa, Canada.

Smith, Adam (1776). *Wealth of Nations*, Londres, Methuen and Company.

Statistique Canada (1995). *Travail non rémunéré des ménages : mesure et évaluation.*

Vaillancourt, Francois, et Payette, Micheline (1986). « The Supply of Volunteer Work: The Case of Canada », dans *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 15, n° 4, p. 45-56.

Vaillancourt, Francois (1994). « To volunteer or not: Canada, 1987 », dans *Canadian Journal of Economics*, vol. 27, n° 4, p. 813-826.

Van Dijk, Jouke, et Boin, Ronald (1993). « Volunteer Labor Supply in the Netherlands », dans *De Economist*, vol. 141, n° 3, p. 402-418.

Les organismes bénévoles de la santé au Canada : participation et soutien du public

Résultats de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation

Canadian Centre for Philanthropy ™

Le Centre canadien de philanthropie ᴹᶜ

© Le Centre canadien de philanthropie ᴹᶜ

Les organismes bénévoles de la santé au Canada : Participation et soutien du public

Résultats de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation

David M. Lasby

Don K. Embuldeniya

Le 8 mars 2002

Centre canadien de philanthropie
425, avenue University, bureau 700
Toronto (Ontario), M5G 1T6
Téléphone : (416) 597-2293, télécopieur : (416) 597-2294
www.ccp.ca
www.nonprofitscan.org
www.nsgvp.org

Remerciements

Nous tenons à remercier la Section du secteur bénévole et des cadres stratégiques, Santé Canada, pour avoir financé le présent rapport et en avoir révisé une ébauche antérieure.

Au Centre canadien de philanthropie, le D[r] Michael Hall, vice-président à la recherche, a assuré l'orientation au projet, Norah McClintock a rempli les fonctions d'éditrice et Monique Newton a participé à la coordination du projet.

Table des matières

Résumé **80**

Les dons aux organismes bénévoles de la santé 81

Sommaire des principales constatations relatives aux donateurs 81

Le bénévolat auprès des organismes bénévoles de la santé 82

Sommaire des principales constatations relatives aux bénévoles 83

Introduction **84**

Dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé au Canada **85**

Soutien financier aux organismes bénévoles de la santé 87

Variations provinciales des dons aux organismes bénévoles de la santé 88

Qui sont les donateurs du secteur canadien de la santé? 90

Caractéristiques personnelles et économiques 90

Variations de 1997 à 2000 93

Qui sont les plus généreux? 94

Qui sont les donateurs les plus généreux? 94

Le rôle de la religion 96

Soutien des donateurs du secteur de la santé à d'autres causes 98

Dons aux organismes de la santé : motivations et obstacles 100

Comment les organismes bénévoles de la santé recueillent des dons en argent 102

Le bénévolat au sein des organismes de la santé **103**

Le soutien bénévole aux organismes du secteur de la santé 105

Variations provinciales du bénévolat au sein des organismes du secteur de la santé 106

Qui sont les bénévoles du secteur canadien de la santé? 107

Caractéristiques personnelles et économiques 107

Variations de 1997 à 2000 110

Qui consacre le plus d'heures au bénévolat? 111

Qui sont les bénévoles sont les plus disponibles? 111

Le rôle de la religion 114

Soutien des bénévoles du secteur de la santé à d'autres causes 116

Le bénévolat au sein des organismes de la santé : motivations et obstacles 119

Comment on devient bénévole au sein des organismes du secteur de la santé.....121
Que font les bénévoles du secteur de la santé?.....123

Conclusion 124

Annexe A : tableaux et figures, 1997.....126

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taux de donateurs, montant total des dons et moyenne des dons, selon la catégorie d'organismes, 2000

Tableau 2 : Taux de donateurs et nombre, montant et moyenne des dons à tous les organismes et aux organismes de la santé, 2000 et 1997

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des donateurs des organismes bénévoles de la santé, de 1997 à 2000

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des donateurs les plus généreux et des autres donateurs du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

Tableau 5 : Caractéristiques liées à la religion des donateurs d'organismes bénévoles de la santé, 1997 et 2000

Tableau 6 : Nombre moyen d'organismes soutenus, par catégorie de donateurs, 2000 et 1997

Tableau 7 : Soutien aux organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 2000

Tableau 8 : Répartition des montants donnés selon la catégorie d'organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 2000

Tableau 9 : Motivations des dons, donateurs du secteur de la santé et donateurs des autres secteurs, 2000 et 1997

Tableau 10 : Obstacles à donner davantage, donateurs du secteur de la santé et donateurs des autres secteurs, 2000 et 1997

Tableau 11 : Taux de bénévolat et total et moyenne des heures de bénévolat, par catégorie d'organismes, 2000

Tableau 12 : Taux de bénévolat, total et moyenne des heures de bénévolat, tous les organismes et organismes de la santé, 2000 et 1997

Tableau 13 : Caractéristiques démographiques des bénévoles des organismes bénévoles de la santé, 1997 et 2000

Tableau 14 : Caractéristiques démographiques des bénévoles les plus généreux et des autres bénévoles du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

Tableau 15 : Caractéristiques liées à la religion des bénévoles du secteur de la santé, 1997 et 2000

Tableau 16 : Caractéristiques liées à la religion des bénévoles les plus généreux et des autres bénévoles du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

Tableau 17 : Nombre moyen d'organismes soutenus, par catégorie de bénévoles, 2000 et 1997

Tableau 18 : Taux de bénévolat par catégorie d'organismes, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 2000

Tableau 19 : Répartition des heures de bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 2000

Tableau 20 : Motivations du bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles des autres secteurs, 2000 et 1997

Tableau 21 : Obstacles à un bénévolat accru, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles des autres secteurs, 2000 et 1997

Tableau A.1 : Taux de donateurs, montant total des dons et moyenne des dons, selon la catégorie d'organismes, 1997

Tableau A.7 : Soutien aux organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 1997

Tableau A.8 : Répartition des montants donnés selon la catégorie d'organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 1997

Tableau A.11 : Taux de bénévolat et total et moyenne des heures de bénévolat, par catégorie d'organismes, 1997

Tableau A.18 : Taux de bénévolat par catégorie d'organismes, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 1997

Tableau A.19 : Répartition des heures de bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 1997

Liste des figures

Figure 1 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, selon la catégorie d'organismes, 2000

Figure 2 : Pourcentage des Canadiens ayant fait un don aux organismes de la santé, par province, 2000

Figure 3 : Montant moyen des dons annuels aux organismes bénévoles de la santé, par province, 2000

Figure 4 : Concentration des dons en argent aux organismes bénévoles de la santé, 2000

Figure 5 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par méthode de sollicitation, 2000s

Figure 6 : Pourcentage de l'action bénévole et des heures totales de bénévolat, par catégorie d'organismes, 2000

Figure 7 : Pourcentage des Canadiens ayant fait du bénévolat au sein d'organismes de la santé, par province, 2000

Figure 8 : Moyenne annuelle des heures de bénévolat accordées aux organismes de la santé, par province, 2000

Figure 9 : Concentration du soutien bénévole aux organismes bénévoles de la santé, 2000

Figure 10 : Pourcentage de l'action bénévole et des heures de bénévolat, par méthode de recrutement, organismes de la santé, 2000

Figure 11 : Activités effectuées par les bénévoles du secteur de la santé, 2000 et 1997

Figure A.1 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par catégorie d'organismes, 1997

Figure A.2 : Pourcentage des Canadiens ayant fait un don aux organismes de la santé, par province, 1997

Figure A.3 : Montant moyen des dons annuels aux organismes bénévoles de la santé, par province, 1997

Figure A.4 : Concentration des dons en argent aux organismes bénévoles de la santé, 1997

Figure A.5 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par méthode de sollicitation, 1997

Figure A.6 : Pourcentage des activités et des heures totales de bénévolat, par catégorie d'organismes, 1997

Figure A.7 : Pourcentage des Canadiens ayant fait du bénévolat au sein d'organismes de la santé, par province, 1997

Figure A.8 : Moyenne annuelle des heures de bénévolat accordées aux organismes de la santé, par province, 1997

Figure A.9 : Concentration du soutien bénévole aux organismes bénévoles de la santé, 1997

Figure A.10 : Pourcentage des activités bénévoles et des heures de bénévolat, par méthode de recrutement, organismes de la santé, 1997

Les organismes bénévoles de la santé au Canada : participation et soutien du public

Résumé

Beaucoup de gens considèrent que le système des soins de santé du Canada est un élément distinctif de la société canadienne. Lorsque les Canadiens songent aux organismes qui composent le système des soins de santé, ils pensent souvent d'emblée aux hôpitaux et à d'autres institutions comme les centres de réadaptation, les maisons de soins infirmiers et les hôpitaux psychiatriques. Cependant, le secteur bénévole de la santé comprend également les centres de santé communautaires, les services d'intervention en cas de crise, les services de santé publique comme les programmes récréatifs et sportifs, les cliniques de consultation sans rendez-vous et les centres de physiothérapie ainsi que les services médicaux d'urgence et les organismes qui oeuvrent dans un domaine particulier de la santé[1].

Par leur générosité, c'est-à-dire leurs dons d'argent et de temps aux organismes bénévoles de la santé, les Canadiens montrent leur appui à ces organismes. Cet appui est devenu de plus en plus important à mesure que le système de soins de santé continue de subir des changements. Une restructuration des hôpitaux a eu lieu ou est en cours dans la plupart des provinces. Les hôpitaux ont réduit les séjours des patients hospitalisés et en sont venus à dépendre davantage des appuis communautaires pour les patients sortants. Les organismes de santé communautaire subissent des pressions pour les amener à renforcer leurs soins à ces patients et à un nombre croissant de personnes âgées fragiles. Les organismes qui servent et soutiennent les personnes qui souffrent de maux particuliers dépendent fortement des contributions de temps et d'argent. La confiance accordée à l'effort bénévole ira vraisemblablement en s'accroissant à mesure que les gouvernements modifieront le financement du secteur de la santé au Canada.

Le présent rapport contient de l'information sur les Canadiens qui donnent bénévolement de l'argent et du temps aux organismes bénévoles de la santé. Il met à jour un rapport précédent, *Voluntary Health Organizations in Canada: Public Involvement and Support,* qui se fondait sur des données tirées de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP) [2]. Le rapport actuel compare les données de 2000 et de 1997 afin de donner une indication des tendances ayant trait aux dons et au bénévolat dont bénéficient les organismes bénévoles de la santé au Canada[3].

[1] Il importe de signaler que la définition du secteur bénévole de la santé utilisée dans le présent rapport n'inclut pas la recherche médicale, qui est considérée comme faisant partie du secteur de l'éducation et de la recherche, mais qu'elle inclut les organismes de santé à but particulier, comme la Fondation canadienne du rein et la Société d'Arthrite.

[2] On peut trouver le document *Voluntary Health Organizations in Canada: Public Involvement and Support* à http://www.nsgvp.org/n-r4-ca-1.htm.

[3] Lorsqu'ils ne sont pas présents dans le corps du texte, les figures et tableaux contenant les données de 1997 se trouvent à l'annexe A.

Les dons aux organismes bénévoles de la santé

Les organismes de la santé sont la catégorie d'organisme bénévole le plus largement appuyé au Canada. Plus de la moitié des donateurs canadiens (54 %) ont fait au moins un don à un organisme bénévole de la santé en 2000. Ces donateurs ont donné en moyenne 74 $ chacun, pour un total de 963 millions de dollars, ce qui représente une hausse appréciable par rapport à 1997, où 51 % des donateurs canadiens avaient donné en moyenne 62 $ chacun pour un total d'un peu moins de 748 millions de dollars. Les organismes bénévoles de la santé ont reçu près de 41 % du nombre total de dons et 20 % du montant total donné par les Canadiens en 2000. Le pourcentage de Canadiens qui ont donné à des organismes de la santé et le don moyen annuel versé au secteur de la santé ont tous deux augmenté dans pratiquement toutes les provinces entre 1997 et 2000.

Bien que généralement représentatifs des Canadiens dans leur ensemble, les donateurs du secteur de la santé tendaient à être bien scolarisés, à occuper un emploi (particulièrement à temps plein) et à disposer d'un revenu de ménage plus élevé que la moyenne. Ils semblaient aussi plus enclins à donner que d'autres donateurs en raison d'une motivation personnelle reliée au travail des organismes qu'ils appuyaient. Ces caractéristiques supposent une capacité et une volonté à donner qui pourraient être davantage exploitées par les organismes bénévoles de la santé.

Les données de 2000 révèlent également certains points dont les organismes bénévoles de la santé devraient peut-être se soucier. Comme en 1997, la plus grande partie de l'argent donné aux organismes du secteur de la santé provenait d'un nombre relativement peu élevé de Canadiens. Les 25 % de Canadiens qui ont donné plus de 69 $ durant l'année à des organismes du secteur de la santé représentaient 76 % de la valeur totale des dons accordés au secteur de la santé. Les organismes bénévoles de la santé pourraient envisager une manière d'élargir cette base de soutien. Ils pourraient aussi réexaminer les moyens par lesquels ils sollicitent les donateurs et la manière dont ils traitent avec les donateurs en des périodes économiquement difficiles. Près de la moitié (48 %) des donateurs du secteur de la santé ont dit qu'ils ne donnaient pas davantage parce qu'ils n'aimaient pas la manière dont les demandes de dons leur étaient adressées. Un nombre égal (48 %) d'entre eux ont dit préférer épargner en prévision de leurs besoins personnels futurs.

Sommaire des principales constatations relatives aux donateurs

- Les donateurs du secteur de la santé tendent à être des personnes de plus de 35 ans, de sexe féminin, bien éduquées, ayant un emploi, une appartenance religieuse et un revenu du ménage plus élevé que la moyenne.
- La vaste majorité (93 %) des donateurs du secteur de la santé ont fait un don pour appuyer une cause à laquelle ils croyaient personnellement ou parce qu'eux-mêmes ou une personne qu'ils connaissaient étaient personnellement touchés par la cause (76 %).
- Le pourcentage de Canadiens qui ont donné à des organismes du secteur de la santé était le plus élevé à Terre-Neuve (71 %) et le moins élevé au Québec

(42 %). Le don annuel moyen au secteur de la santé se situait entre 90 $ en Ontario et 35 $ à Terre-Neuve.

- Les donateurs du secteur de la santé ont donné, en moyenne, à moins de catégories d'organismes que toute autre type de donateur. Ils étaient plus vraisemblablement enclins à appuyer les arts, la culture et les loisirs ainsi que les organismes de services sociaux et moins enclins à appuyer les organismes internationaux et religieux.
- Les méthodes le plus communément utilisées pour susciter des dons au secteur de la santé étaient la sollicitation porte-à-porte (24 % du nombre de dons), la vente de billets pour assister à un événement-bénéfice (20 %) et la sollicitation par la poste (17 %). Certaines de ces méthodes ont rapporté plus d'argent que d'autres. Les méthodes les plus lucratives étaient les demandes par la poste (24 % de la valeur totale des dons au secteur de la santé), les legs (22 %) et la vente de billets pour assister à un événement-bénéfice (13 %).

Le bénévolat auprès des organismes bénévoles de la santé

Le bénévolat est essentiel à la plupart des organismes de la santé. Bien que le pourcentage de Canadiens qui font du bénévolat auprès des organismes de la santé ait quelque peu diminué (passant de 5 % en 1997 à 4,5 % en 2000), les bénévoles de la santé ont consacré, en moyenne, davantage d'heures (87 heures en 2000, une hausse par rapport aux 73 heures de 1997). Ils ont consacré un peu plus de 96,4 millions d'heures au total, une hausse par rapport aux 92,6 millions d'heures de 1997. Les organismes du secteur de la santé ont obtenu 13 % du nombre total d'actions bénévoles et 9 % du nombre total d'heures de bénévolat en 2000. Ces chiffres sont semblables à ceux de 1997. Les facteurs d'ordre personnel jouaient un rôle important dans la motivation des bénévoles du secteur de la santé. La vaste majorité (96 %) d'entre eux s'étaient engagés principalement parce qu'ils se sentaient concernés par la cause soutenue par l'organisme ou parce qu'eux-mêmes ou une personne qu'ils connaissent en étaient personnellement touchés (75 %). De fait, les bénévoles du secteur de la santé sont notablement plus enclins à citer ces facteurs d'ordre personnel.

Le contact personnel incite les gens à faire du bénévolat. Plus de bénévoles du secteur de la santé se sont engagés en réponse à une demande faite par un organisme de la santé que dans toutes autres circonstances (41 %). Un autre 12 % d'entre eux se sont engagés parce qu'un ami les avaient approchés et près d'un cinquième (18 %), après avoir pris l'initiative d'une démarche auprès de l'organisme.

Malgré le dévouement et l'engagement personnel marqués des bénévoles de la santé, il y a quelques points qui pourraient préoccuper les organismes bénévoles de la santé. Un nombre relativement peu élevé de bénévoles de la santé faisait la plus grande partie du travail. Les 25 % de Canadiens qui ont consacré bénévolement 72 heures ou plus annuellement aux organismes de la santé représentaient 85 % du nombre total d'heures de bénévolat. Les bénévoles de la santé, comme ceux des autres secteurs, sont de plus en plus pressés par le temps. Plus des trois quarts (75 %) des bénévoles du secteur de la santé mentionnaient le manque de temps comme obstacle à une participation accrue. Ceci représente une hausse par rapport aux 71 % de 1997. Plus d'un tiers (34 %) ont dit ne pas être disposés à s'engager durant toute l'année. Les organismes de la santé pourraient avoir à restructurer leurs possibilités de bénévolat pour accommoder les bénévoles qui ont seulement un nombre limité d'heures à donner.

Sommaire des principales constatations relatives aux bénévoles

- Les bénévoles du secteur de la santé tendent à être de sexe féminin, âgés entre 45 et 54 ans et à avoir un emploi, un niveau plus élevé d'éducation et un revenu de ménage plus élevé que la moyenne.
- Les bénévoles du secteur de la santé jouent un rôle important dans les efforts de collecte de fonds des organismes de la santé. La majorité d'entre eux (51 %) y participent. Un moins grand nombre (36 %) d'entre eux organisent ou supervisent des événements ou des activités et seulement un quart (26 %) offrent des soins et un soutien, comme des services de conseils et de visites amicales.
- Le pourcentage de Canadiens qui ont fait du bénévolat auprès des organismes de la santé était plus élevé dans les provinces de l'Atlantique (7 % dans chacune des provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse, 5 % au Nouveau-Brunswick) et moins élevé au Québec (2 %). Entre 1997 et 2000, le taux de bénévolat a diminué quelque peu ou est resté stable dans toutes les provinces sauf Terre-Neuve, où il a un peu augmenté (6 % en 1997, 7 % en 2000). Le nombre moyen annuel d'heures de bénévolat s'est accru de 1997 à 2000, sauf dans l'Ouest canadien.
- Les bénévoles du secteur de la santé ont consacré du temps à plus de catégories d'organismes que les autres bénévoles. Ils étaient davantage enclins à soutenir les organismes de services sociaux, ceux des arts, de la culture et des loisirs, les organismes religieux et ceux d'éducation et de recherche. Ils ont consacré la plupart (51 %) de leurs heures de bénévolat à des organismes de la santé et, comparativement à l'ensemble des bénévoles, ont donné moins de temps aux autres catégories d'organismes.
- L'obstacle le plus commun à une participation accrue de la part des bénévoles du secteur de la santé est le manque de temps (76 %). Plus du tiers (34 %) ont dit n'être pas disposés à s'engager durant toute l'année et 31 % d'entre eux trouvent que leur effort bénévole est déjà suffisant.
- Plus de bénévoles du secteur de la santé se sont engagés en réponse à une demande faite par un organisme que dans toutes autres circonstances (41 % des actions bénévoles de la santé). L'initiative d'une démarche par les

bénévoles eux-mêmes auprès de l'organisme (18 %) et l'invitation faite par un ami (12 %) sont les autres voies les plus communes par lesquelles les gens deviennent bénévoles.

Les donateurs et les bénévoles du secteur de la santé jouent un rôle important dans le financement et la prestation des programmes et des services du secteur de la santé. Toute réduction de leur nombre risquerait d'avoir des répercussions considérables sur les organismes de la santé. Ces répercussions seraient particulièrement graves à une époque où les gouvernements envisagent des changements au financement du secteur de la santé au Canada et où le recours à l'effort bénévole devrait vraisemblablement augmenter. Les organismes bénévoles de la santé pourraient devoir faire appel aux Canadiens en plus grand nombre et trouver des moyens d'accroître le niveau de soutien des donateurs et bénévoles actuels du secteur de la santé.

Introduction

Le secteur bénévole de la santé du Canada, selon la définition utilisée dans le présent rapport, comprend des organismes offrant des soins aux personnes hospitalisées, comme les hôpitaux, les centres de réadaptation, les maisons de repos et les hôpitaux de soins psychiatriques, ainsi que ceux qui assurent des soins aux malades externes, comme les centres communautaires de santé mentale, les services d'intervention en cas de crise, les cliniques sans rendez-vous et centres de physiothérapie, les services médicaux d'urgence et les organismes qui oeuvrent dans un domaine particulier de la santé, par exemple les maladies cardiaques et pulmonaires, le sida, les soins gériatriques et la sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Les Canadiens montrent leur soutien au système de soins de santé par divers moyens, mais notamment par leurs contributions volontaires versées aux organismes de la santé. Selon l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation, les Canadiens de 15 ans et plus ont versé des dons de l'ordre de 963 millions de dollars aux organismes bénévoles de la santé et ont consacré 96 millions d'heures de leur temps [4]. La majorité des Canadiens (54 %) ont versé au moins un don à un organisme bénévole de la santé. Un cinquième de la valeur des dons faits aux organismes de bienfaisance en 2000 est allé aux organismes bénévoles de la santé. Toutefois, beaucoup moins de Canadiens (4,5 %) ont consacré du temps de bénévolat à ces organismes. Le bénévolat au sein des organismes de la santé représentait 9 % du nombre total d'heures de bénévolat en 2000[5].

[4] L'ENDBP est un projet conjoint du Centre canadien de philanthropie, de Patrimoine Canada, de Santé Canada, de Développement des ressources humaines Canada, de Statistique Canada et de Bénévoles Canada. L'enquête menée par Statistique Canada à l'automne 2000 auprès de 14 724 Canadiens de 15 et plus visait à déterminer, au moyen d'entrevues, le profil des répondants en matière de dons, de bénévolat et de participation au cours des années précédentes.

[5] Les Canadiens ont donné environ 4,9 milliards de dollars et ont consacré un peu plus de 1 milliard d'heures de bénévolat durant la période visée par l'ENDBP de 2000.

Le présent rapport donne des renseignements au sujet des Canadiens qui ont donné de l'argent et du temps aux organismes bénévoles de la santé. Il présente le pourcentage de personnes donatrices, la valeur de leurs dons, leurs caractéristiques personnelles et économiques, leur niveau d'engagement dans d'autres causes, leurs motivations à donner et les obstacles perçus à l'accroissement de leurs dons. De plus, il précise le pourcentage de personnes bénévoles auprès d'organismes du secteur de la santé, la valeur de leur temps de bénévolat dans ces organismes, leurs caractéristiques personnelles et économiques, leur niveau d'engagement dans d'autres causes, leurs motivations quant au bénévolat, les obstacles perçus à l'accroissement de leur temps de bénévolat, la manière par laquelle leur engagement est né et leurs activités en tant que bénévoles. Ces renseignements pourront aider les organismes bénévoles de la santé à améliorer leurs relations avec leurs donateurs et bénévoles actuels et à susciter un plus grand appui de la part des Canadiens.

Les données utilisées dans ce rapport sont tirées de l'Enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP). Des comparaisons ont été établies avec l'ENDBP de 1997 pour dégager les tendances relatives aux dons et au bénévolat dont bénéficient les organismes bénévoles de la santé au Canada. Lorsque les données de 1997 ne sont pas présentées dans les tableaux et les figures du corps du texte, elles le sont à l'annexe A.

Dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé au Canada

Le soutien financier aux organismes bénévoles de la santé s'est accru entre 1997 et 2000. En 2000, plus de Canadiens ont fait des dons aux organismes bénévoles de la santé qu'à tout autre type d'organismes. Plus de 13 millions de Canadiens de 15 ans et plus (54 %) ont fait au moins un don à un organisme bénévole de la santé entre le 1er octobre 1999 et le 30 septembre 2000. En comparaison, seulement 38 % des Canadiens ont fait des dons à des organismes de services sociaux, 19 % à des organismes d'éducation et de recherche et 13 % à des organismes artistiques et culturels.

Tableau 1 : Taux de donateurs, montant total des dons et moyenne des dons, selon la catégorie d'organismes, 2000

Catégorie d'organismes	Taux de donateurs (%)	Montant total des dons (M$)	Moyenne des dons ($)
Santé	**53,7**	**963,3**	**74**
Services sociaux	37,6	502,9	55
Religion	32,0	2 417,2	310
Éducation et recherche	18,7	152,0	33
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	14,2	362,8	104
Arts, culture et loisirs	13,0	161,0	51
Environnement	5,0	92,0	75
Organismes internationaux	5,0	166,5	138
Droit, défense des intérêts et politiques	4,0	51,8	53
Autres	2,0	41,0	82
Développement et logement	1,2	17,9	60
Associations professionnelles et syndicats	0,3	10,4	142
Toutes les catégories / Total des dons	78,0	4 938,8	259

Les donateurs du secteur de la santé ont versé, en moyenne, 74 $ aux organismes bénévoles de la santé, soit un montant total de 963 millions de dollars. Bien que cela soit largement inférieur à ce qu'ont reçu les organismes religieux – chez qui la valeur moyenne (310 $) et le montant total (2,4 milliards de dollars) des dons étaient plus élevés –, ces chiffres placent les organismes de la santé bien au devant de toute autre catégorie d'organismes. Les dons aux organismes de services sociaux (503 millions de dollars), par exemple, représentent un peu plus que la moitié de ceux faits aux organismes de la santé. En 1997, les donateurs du secteur de la santé avaient versé, en moyenne, 62 $ aux organismes bénévoles de la santé, soit un montant total de 748 millions de dollars. Comme en 2000, les organismes bénévoles de la santé se classaient au deuxième rang, après les organismes religieux, pour la valeur totale des dons (2,3 milliards de dollars).

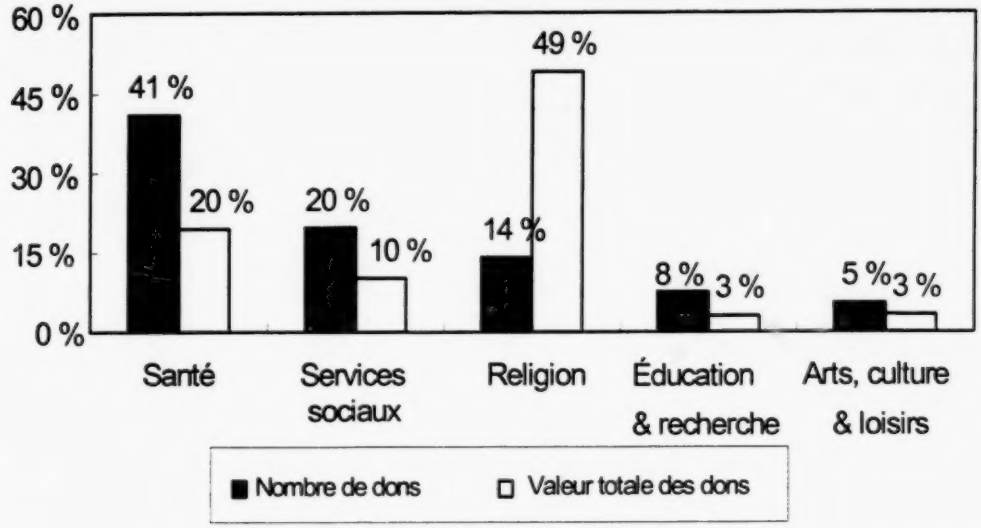
Tableau 2 : Taux de donateurs et nombre, montant et moyenne des dons à tous les organismes et aux organismes de la santé, 2000 et 1997

	2000	1997
Population totale (en milliers)	24 383	23 808
Tous les organismes		
Nombre de donateurs (en milliers)	19 036	18 563
Taux de donateurs (%)	78	78
Nombre total de dons (en milliers)	70 465	74 413
Montant total des dons (M$)	4 938,8	4 435,1
Moyenne des dons ($)	259	239
Organismes du secteur de la santé		
Nombre de donateurs (en milliers)	13 106	12 146
Taux des dons (%)	54	51
Nombre total de dons (en milliers)	28 867	28 338
Montant total des dons (M$)	963,3	747,6
Moyenne des dons ($)	74	62

Soutien financier aux organismes bénévoles de la santé

En 2000, les organismes bénévoles de la santé ont reçu plus de dons que tout autre type d'organismes. Le nombre et la valeur totale des dons faits aux organismes bénévoles de la santé étaient également plus élevés en 2000 qu'en 1997. Plus de quatre dons sur dix (41 %) sont allés à un organisme bénévole de la santé (figure 1). En comparaison, les organismes de services sociaux ont reçu 20 % du nombre total des dons en 2000, les organismes religieux 14 % et les organismes d'éducation et de recherche 8 %.

Figure 1 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, selon la catégorie d'organismes, 2000



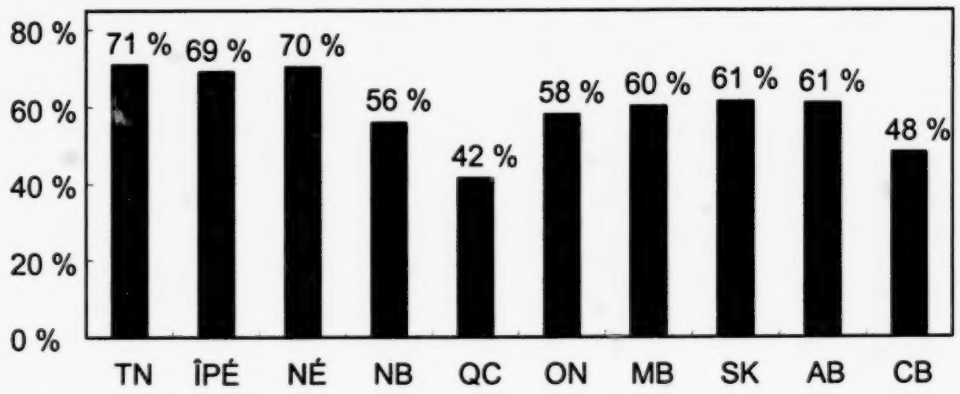
Les organismes bénévoles de la santé sont venus au deuxième rang pour ce qui est de la valeur totale des dons en 2000, un dollar sur cinq (20 %) leur ayant été versé. Seuls les organismes religieux ont obtenu une plus grande part, soit 49 %, de la valeur totale des dons en 2000. En comparaison, les organismes de services sociaux ont obtenu 10 % de la valeur totale des dons.

Tant le nombre de dons que la valeur totale des dons faits aux organismes de la santé ont augmenté entre 1997 et 2000. En 2000, les organismes de la santé ont obtenu 41 % du nombre total des dons, contre 38 % en 1997, et 20 % de la valeur totale des dons, contre 17 % en 1997 (figure A.1 à l'annexe A).

Variations provinciales des dons aux organismes bénévoles de la santé

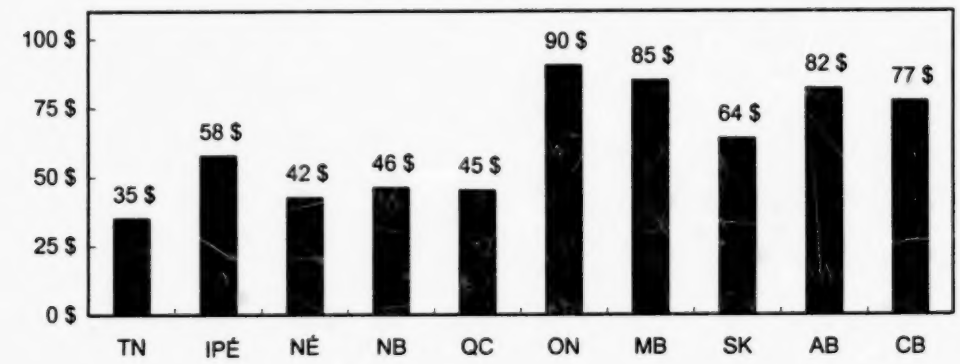
En 2000, le pourcentage des donateurs du secteur de la santé a augmenté dans toutes les provinces à l'exception d'une. C'est dans la région de l'Atlantique que l'on observe les taux les plus élevés, Terre-Neuve en tête (71 % des Terre-Neuviens ont fait au moins un don à un organisme bénévole de la santé en 2000), suivie de la Nouvelle-Écosse (70 %) et de l'Île-du-Prince-Édouard (69 %) (figure 2). La Saskatchewan et l'Alberta (61 % chacune) ont également eu un taux au-dessus de la moyenne nationale de 54 %, ainsi que le Manitoba (60 %), l'Ontario (58 %) et le Nouveau-Brunswick (56 %). Seules deux provinces ont affiché un taux de donateurs inférieur à la moyenne nationale, soit la Colombie-Britannique (48 %) et le Québec (42 %).

Figure 2 : Pourcentage des Canadiens ayant fait un don aux organismes de la santé, par province, 2000



Entre 1997 et 2000, les hausses les plus marquées ont été observées en Alberta, où le pourcentage de donateurs du secteur de la santé est passé de 52 % en 1997 (figure A.2 à l'annexe A) à 61 % en 2000, en Nouvelle-Écosse (de 63 % à 70 %) et au Manitoba (de 53 % à 60 %). C'est seulement au Nouveau-Brunswick que l'on a constaté une diminution du pourcentage de donateurs, qui est passé de 62 % en 1997 à 56 % en 2000.

Figure 3 : Montant moyen des dons annuels aux organismes bénévoles de la santé, par province, 2000



Le montant moyen des dons annuels faits aux organismes bénévoles de la santé a également varié d'une province à l'autre (figure 3). Les contributions des donateurs dans la région de l'Atlantique ont été inférieures à la moyenne nationale de 74 $, alors que celles en Ontario et au Manitoba étaient les plus élevées (90 $ et 85 $, respectivement).

C'est dans les provinces de l'Ouest canadien que la hausse a été la plus marquée entre 1997 et 2000. Le don annuel moyen est passé, en Alberta, de 54 $ en 1997 (figure A.3 à l'annexe A) à 82 $ en 2000, en Colombie-Britannique de 52 $ à 77 $, au Manitoba de 61$ à 85 $ et en Saskatchewan de 41 $ à 64 $. La baisse la plus importante a été constatée au Québec, où le montant moyen des dons est passé de 58 $ en 1997 à 45 $ en 2000.

Qui sont les donateurs du secteur canadien de la santé?

Caractéristiques personnelles et économiques

Bien que généralement représentatifs de l'ensemble de la population canadienne, les donateurs du secteur de la santé tendent à être plus âgés que la moyenne, de sexe féminin, plus scolarisés et à avoir un emploi (particulièrement à temps plein), une appartenance religieuse et un revenu de ménage plus élevé que la moyenne.

Âge

Les donateurs du secteur de la santé tendent à être plus âgés que le Canadien moyen. Alors que ceux de plus de 35 ans composaient plus de 65 % de l'ensemble de la population, ils représentaient 73 % des donateurs de la santé (tableau 3). Les Canadiens plus âgés ont fait des dons plus élevés que les plus jeunes. Les donateurs de plus de 65 ans ont donné en moyenne 87 $ aux organismes de la santé en 2000, alors que ceux de 15 à 24 ans n'ont versé que 43 $. Comme plus de Canadiens plus âgés sont des donateurs du secteur de la santé et comme leurs dons étaient plus importants, ce groupe d'âge comptait pour un pourcentage plus élevé de la valeur totale des dons versés aux organismes du secteur de la santé. Ainsi, les Canadiens de 65 ans et plus ont donné 19 % de la valeur totale des dons, bien qu'ils ne représentent que 16 % des donateurs et 15 % de la population canadienne. Inversement, ceux de 15 à 24 ans n'ont compté que pour à 6 % de la valeur totale de tous les dons de la santé, même s'ils représentaient 10 % des donateurs et 17 % de la population canadienne.

Sexe

Les femmes ont plus tendance que les hommes à être des donateurs du secteur de la santé. Elles représentent 51 % de la population, mais 54 % des donateurs (tableau 3). Mais cette participation plus grande des femmes ne se traduit pas par une importance économique plus grande. En effet, les dons faits par les donatrices n'ont représenté que 49 % de la valeur totale de tous les dons au secteur de la santé.

Éducation

Les Canadiens titulaires d'un grade universitaire étaient plus enclins que les personnes moins scolarisées à verser des dons au secteur de la santé. Ils ont, en moyenne, donné le montant annuel le plus élevé. En 2000, les Canadiens diplômés d'université représentaient 17 % de la population canadienne, mais 19 % des donateurs du secteur de la santé et leurs dons comptaient pour 27 % de la valeur totale des dons du secteur de la santé (tableau 3). En moyenne, le montant versé aux organismes de la santé était de 106 $. À titre de comparaison, les particuliers ayant moins qu'un diplôme d'études secondaires composaient 27 % de la population, mais seulement 22 % des donateurs du secteur de la santé et leurs dons représentaient 14 % de la valeur totale des dons. Ils ont, en moyenne, versé individuellement 49 $, soit moins que la moitié de ce qu'ont donné les diplômés d'université.

Situation sur le marché du travail

Les Canadiens ayant un emploi étaient plus enclins à faire des dons au secteur de la santé que les chômeurs ou les personnes absentes du marché du travail. Les Canadiens ayant un emploi représentaient 63 % de la population, mais 66 % des donateurs du secteur de la santé (tableau 3). Ils ont versé plus de deux tiers (68 %) de la valeur totale des dons au secteur de la santé. Les Canadiens qui n'étaient pas sur le marché du travail[6] représentaient 33 % de la population et 31 % des donateurs. Ils ont versé 30 % de la valeur totale des dons du secteur de la santé. Les chômeurs représentaient 4 % de la population et 3 % des donateurs du secteur de la santé et leurs dons ne correspondaient qu'à 1 % de la valeur totale des dons.

[6] L'expression « pas sur le marché du travail » désigne les personnes qui n'avaient pas d'emploi mais qui n'étaient pas en chômage, c'est-à-dire les retraités, les étudiants, les personnes au foyer qui ne se cherchaient pas un emploi, etc.

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques des donateurs des organismes bénévoles de la santé, de 1997 à 2000

	Pourcentage de la population canadienne		Pourcentage des donateurs du secteur de la santé		Taux des donateurs du secteur de la santé (%)		Pourcentage de la valeur totale des dons au secteur de la santé		Moyenne des dons au secteur de la santé ($)	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Groupe d'âge										
15-24 ans	17	17	9	10	27	33	5	6	38	43
25-34 ans	19	18	18	17	48	51	13	14	42	60
35-44 ans	22	21	24	24	56	61	28	26	72	80
45-54 ans	17	18	20	20	60	61	21	21	64	78
55-64 ans	11	11	13	13	61	61	14	14	68	80
65 ans et plus	15	15	17	16	57	57	20	19	72	87
Sexe										
Hommes	49	49	45	46	47	50	45	51	62	81
Femmes	51	51	55	54	55	57	55	49	62	67
État matrimonial										
Mariés / conjoints de fait	61	62	72	70	60	61	67	68	58	71
Célibataires, jamais mariés	26	26	16	18	32	36	21	16	79	68
Veuves / veufs	6	5	6	6	51	59	7	7	72	93
Séparés / divorcés	7	7	6	6	44	49	5	8	53	97
Niveau de scolarité										
Études secondaires partielles	30	27	25	22	43	43	16	14	41	49
Études secondaires	19	20	18	20	49	55	17	20	57	75
Études postsecondaires partielles	10	9	9	9	47	54	8	9	53	75
Diplôme études postsecondaires	28	28	31	30	56	59	28	29	54	69
Grade universitaire	13	17	16	19	64	61	31	27	118	106
Situation sur le marché du travail										
Employés	59	63	64	66	55	57	67	68	64	75
À temps plein	*47*	*50*	*52*	*55*	*55*	*58*	*51*	*56*	*61*	*75*
À temps partiel	*12*	*12*	*12*	*12*	*53*	*51*	*16*	*12*	*79*	*78*
Chômeurs	5	4	4	3	39	35	2	1	24	42
Pas sur le marché du travail	35	33	32	31	46	50	32	30	61	72
Revenu du ménage										
Moins de 20 000 $	24	13	16	9	34	38	10	6	40	45
20 000 $ < 40 000 $	25	26	24	24	50	49	16	16	41	50
40 000 $ < 60 000 $	23	23	24	22	54	53	19	21	49	69
60 000 $ < 100 000 $	21	25	25	29	60	63	24	31	59	77
Plus de 100 000 $	7	12	11	15	74	66	30	26	174	129

Revenu du ménage

On constate, sans surprise, que les Canadiens ayant un revenu de ménage plus élevé étaient plus enclins à faire des dons au secteur de la santé et que leurs dons représentaient un pourcentage plus élevé de la valeur totale des dons. Les particuliers dont le revenu du ménage était de 100 000 $ et plus représentaient 12 % de la population, 15 % des donateurs du secteur de la santé, mais ils ont versé 26 % de la valeur totale des dons (tableau 3). En moyenne, ils ont versé 129 $ aux organismes de la santé. À l'autre bout du spectre, les particuliers dont le revenu du ménage était inférieur à 20 000 $ représentaient 13 % de la population et 9 % des donateurs, et ont versé seulement 6 % de la valeur totale des dons du secteur de la santé. Ils ont donné en moyenne 45 $.

Variations de 1997 à 2000

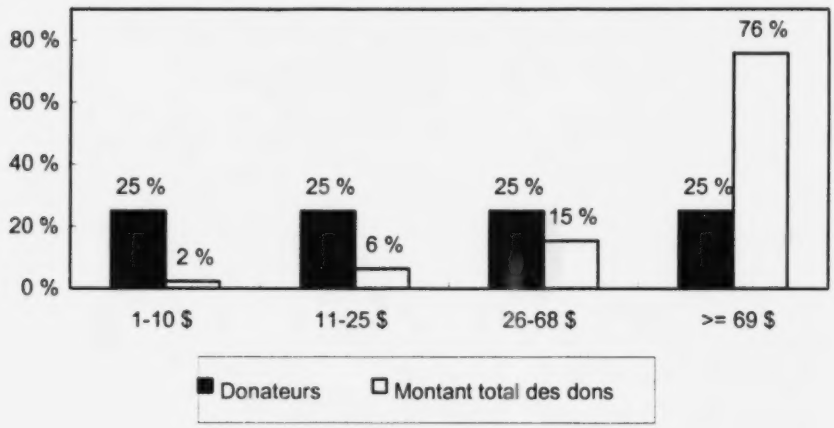
Les dons de certains groupes ont représenté une part plus importante de la valeur totale des dons au secteur de la santé en 2000 qu'en 1997. Par exemple, les hommes ont versé 51 % de la valeur totale des dons en 2000, contre 45 % en 1997. Les dons faits par les personnes occupant un emploi à temps plein représentaient 56 % de la valeur totale des dons au secteur de la santé en 2000, contre 51 % en 1997. Les dons des personnes disposant d'un revenu de ménage entre 40 000 $ et 60 000 $ représentaient 21 % de la valeur totale des dons du secteur de la santé en 2000, contre 19 % en 1997, et ceux des personnes dont le revenu du ménage se situait entre 60 000 $ et 100 000 $ représentaient 31 %, contre 24 % en 1997.

La proportion de la totalité des dons du secteur de la santé versée par les autres groupes a cependant diminué. Les donateurs diplômés d'université ont versé près du tiers (31 %) de la valeur totale des dons au secteur de la santé en 1997, mais seulement 27 % en 2000. La contribution des donateurs dont le revenu est le plus élevé (100 000 $ ou plus) est passée de 30 % de la valeur totale des dons en 1997 à 26 % en 2000, bien que la proportion des Canadiens dans cette fourchette de revenu soit passée de 7 % à 12 % de la population. La contribution de donateurs dont le revenu est le plus faible (revenu du ménage total inférieur à 20 000 $) est passée de 10 % de la valeur totale des dons en 1997 à 6 % en 2000 (ce qui est attribuable en partie au fait que la proportion des Canadiens dans cette fourchette de revenu a diminué, passant de 24 % en 1997 à 13 % en 2000).

Qui sont les plus généreux?

La plus grande part de l'argent donné aux organismes bénévoles de la santé provient d'une proportion relativement faible des donateurs du secteur de la santé. La contribution des donateurs du quartile supérieur (ceux qui ont versé 69 $ et plus[7]) représentait 76 % de la valeur totale des dons au secteur de la santé en 2000 (figure 4). Les autres donateurs (trois quarts) du secteur de la santé avaient versé seulement 23 % du montant total des dons. Ces chiffres sont semblables à ceux de l'ENDBP de 1997.

Figure 4 : Concentration des dons en argent aux organismes bénévoles de la santé, 2000



Qui sont les donateurs les plus généreux?

Du fait que les donateurs du quartile supérieur comptaient pour plus des trois quarts de la valeur totale des dons au secteur de la santé, il est essentiel de comprendre ce qui les différencie des autres donateurs de la santé. Le tableau 4 compare le quartile supérieur des donateurs du secteur de la santé aux autres donateurs du même secteur. À l'exemple de la plupart des donateurs du secteur de la santé, ceux se situant dans le quartile supérieur tendaient à être plus âgés, de sexe féminin et plus scolarisés et à disposer d'un revenu de ménage plus élevé.

[7] En 1997, le quartile supérieur des donateurs du secteur de la santé avait donné 56 $ ou plus. Cette valeur est plus faible du fait que le don moyen était moins élevé en 1997 qu'en 2000.

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des donateurs les plus généreux et des autres donateurs du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Donateurs les plus généreux (%)	**Autres donateurs (%)**	**Donateurs les plus généreux (%)**	**Autres donateurs (%)**
Groupe d'âge				
15-24 ans	5	12	5	10
25-34 ans	14	18	13	20
35-44 ans	24	24	23	24
45-54 ans	25	19	23	19
55-64 ans	13	13	15	12
65 ans et plus	19	15	22	15
Sexe				
Homme	47	45	42	46
Femme	53	55	58	54
État matrimonial				
Mariés / conjoints de fait	71	70	71	72
Célibataires, jamais mariés	16	18	14	17
Veuves / veufs	7	6	8	5
Séparés / divorcés	7	6	7	6
Niveau de scolarité				
Études secondaires partielles	16	24	18	27
Études secondaires	19	21	20	18
Études postsecondaires partielles	10	9	10	9
Diplôme d'études postsecondaires	29	31	31	31
Grade universitaire	27	16	21	15
Situation sur le marché du travail				
Employés	68	66	63	64
À temps plein	*57*	*54*	*52*	*51*
À temps partiel	*11*	*12*	*11*	*13*
Chômeurs	1	3	2	5
Pas sur le marché du travail	31	31	35	31
Revenu du ménage				
Moins de 20 000 $	6	10	11	17
20 000 $ < 40 000 $	18	26	18	26
40 000 $ < 60 000 $	21	23	24	24
60 000 $ < 100 000 $	31	29	27	25
Plus de 100 000 $	25	12	19	8

Âge

La majorité (57 %) des donateurs du secteur de la santé les plus généreux avaient 45 ans ou plus, alors que la majorité des autres donateurs (54 %) avaient moins de 45 ans. Ceux de 15 à 24 ans ne représentaient que 5 % des meilleurs donateurs, mais composaient 12 % des autres donateurs, alors que ceux de 65 ans ou plus représentaient 19 % des meilleurs donateurs et seulement 15 % des autres donateurs.

Sexe

La majorité des donateurs (les plus généreux et les autres) du secteur de la santé étaient des femmes (53 % et 55 % respectivement).

Éducation

Les donateurs ayant un niveau plus élevé de scolarité se retrouvaient davantage dans le groupe des donateurs les plus généreux que ceux ayant moins de scolarité. Les diplômés d'université composaient 27 % des meilleurs donateurs du secteur de la santé et seulement 16 % des autres donateurs. Ceux ayant fait des études secondaires partielles représentaient 16 % des donateurs les plus généreux du secteur de la santé, mais 24 % des autres donateurs.

Situation sur le marché du travail

Les donateurs occupant un emploi constituaient une proportion un peu plus élevée des donateurs les plus généreux (68 % contre 66 % des autres donateurs), alors que les chômeurs composaient un pourcentage un peu plus élevé parmi les autres donateurs du secteur de la santé (3 % contre 1 % des donateurs les plus généreux).

Revenu du ménage

Une proportion plus élevée des donateurs les plus généreux appartenait à des ménages à revenu élevé. Parmi les meilleurs donateurs du secteur de la santé, 25 % étaient des ménages ayant un revenu de 100 000 $ ou plus, tandis que seulement 12 % des donateurs des autres fourchettes de revenu étaient dans cette catégorie. Moins du quart (24 %) des donateurs les plus généreux du secteur de la santé avait un revenu de ménage inférieur à 40 000 $, alors que ce groupe composait 36 % des autres donateurs de la santé.

Le rôle de la religion

L'appartenance et l'engagement religieux semblent effectivement être un facteur important chez les donateurs du secteur de la santé en 2000 (tableau 5). Les particuliers qui ont indiqué une appartenance religieuse étaient plus susceptibles de faire des dons au secteur de la santé (74 % de la population et 77 % des donateurs du secteur de la santé) que ceux sans appartenance religieuse. Ceux qui fréquentaient hebdomadairement un lieu

de culte étaient un peu plus enclins à soutenir les organismes de la santé (19 % de la population et 20 % des donateurs du secteur de la santé). Ceux qui se sont dits « très religieux » n'étaient pas plus enclins à faire des dons aux organismes du secteur de la santé (11 % de la population et 11 % des donateurs de la santé). Lorsqu'elles faisaient un don, les personnes « religieuses » avaient tendance à donner davantage aux organismes de la santé. Les contributions des particuliers ayant déclaré une appartenance religieuse (74 % de la population) comptaient pour 78 % de la valeur globale des dons au secteur de la santé. Les particuliers fréquentant hebdomadairement un lieu de culte représentaient 19 % de la population, alors qu'ils ont versé 24 % de la valeur totale des dons au secteur de la santé.

De 1997 à 2000, le rôle de la religion quant aux dons aux organismes bénévoles de la santé semble avoir diminué. Les contributions des personnes fréquentant hebdomadairement un lieu de culte comptaient pour 24 % de la valeur totale des dons en 2000, contre 31 % en 1997. Les dons des personnes qui se sont dites « très religieuses » s'élevaient à 10 % de la valeur totale en 2000, contre 19 % en 1997. C'est seulement parmi les personnes ayant une appartenance religieuse que l'on a observé une diminution plus faible des dons (78 % de la valeur totale des dons en 2000, contre 81 % en 1997).

Tableau 5 : Caractéristiques liées à la religion des donateurs d'organismes bénévoles de la santé, 1997 et 2000

	Pourcentage de la population canadienne		Pourcentage des donateurs du secteur de la santé		Taux des donateurs du secteur de la santé (%)		Pourcentage de la valeur totale des dons		Montant moyen des dons ($)	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Appartenance religieuse										
Pas d'appartenance religieuse	25	26	22	23	45	49	19	22	54	72
Appartenance religieuse	75	74	78	77	54	57	81	78	64	75
Pratique religieuse										
Hebdomadaire	20	19	23	20	59	60	31	24	83	90
Non hebdomadaire	80	81	77	80	50	54	69	76	55	71
Engagement religieux										
Très religieux	12	11	13	11	53	54	19	10	92	64
Pas très religieux	88	89	87	89	51	55	81	90	57	76

Soutien des donateurs du secteur de la santé à d'autres causes

Comme la plupart des donateurs, ceux du secteur de la santé ont tendance à soutenir plus d'une catégorie d'organismes. Toutefois, ils ont donné, en moyenne, à un nombre moins élevé de catégories d'organismes que tous les autres donateurs (tableau 6)[8]. Les donateurs du secteur de la santé ont, en moyenne, fait des dons à 2,7 catégories d'organismes en 2000, alors que les donateurs d'autres catégories d'organismes ont appuyé en moyenne trois catégories d'organismes ou plus.

Tableau 6 : Nombre moyen d'organismes soutenus, par catégorie de donateurs, 2000 et 1997

Catégorie d'organismes	2000	1997
Santé	**2,7**	**2,8**
Développement et logement	3,8	3,8
Associations professionnelles et syndicats	3,8	3,4
Droit, défenses des intérêts et politique	3,7	3,8
Autres	3,7	3,4
Organismes internationaux	3,7	3,7
Environnement	3,5	3,8
Arts, culture et loisirs	3,5	3,6
Éducation et recherche	3,3	3,3
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	3,2	3,3
Services sociaux	3,0	3,0
Religion	3,0	2,9

Bien que les donateurs du secteur de la santé aient accordé un soutien à moins de catégories d'organismes, leur soutien à d'autres causes était sensiblement le même que chez les donateurs réguliers[9]. Comme le montre le tableau 7, les donateurs du secteur de la santé étaient toutefois légèrement plus enclins à faire des dons à certaines causes en particulier, comme les arts, la culture et les loisirs (18 % des donateurs du secteur de la santé ont contribué à cette catégorie d'organismes, contre 17 % des donateurs réguliers) et les services sociaux (50 % contre 48 %).

[8] Ces autres catégories de donateurs ont été définies de la même manière que les donateurs du secteur bénévole de la santé; par exemple, un donateur du secteur des arts, de la culture et des loisirs a été défini comme un particulier qui a fait au moins un don à un organisme de ce secteur en 2000, un donateur du secteur des services sociaux a été défini comme une personne qui a versé au moins un don à un organisme du même secteur, etc. Un particulier peut appartenir à plus d'une catégorie de donateurs à la fois.

[9] Les donateurs réguliers sont définis comme des particuliers qui ont accordé au moins un don à un organisme de l'une ou l'autre des catégories. Les donateurs du secteur de la santé sont également des donateurs réguliers (c.-à.d. qu'ils constituent un sous-ensemble des donateurs réguliers).

Le don moyen annuel des donateurs du secteur de la santé s'élevait à 303 $, alors que celui des donateurs réguliers était de 259 $. Les donateurs du secteur de la santé ont accordé près du quart (24 %) de la valeur de leurs dons aux organismes de ce secteur (tableau 8) et près de la moitié (47 %) aux organismes religieux (ce qui représentait 49 % des dons en argent faits par les donateurs réguliers). Les donateurs du secteur de la santé ont accordé 9 % de leurs dons aux organismes de services sociaux, contre 10 % pour les donateurs réguliers.

Tableau 7 : Soutien aux organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 2000

Catégorie d'organismes	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs réguliers
Santé	**100 %**	**69 %**
Services sociaux	50 %	48 %
Religion	40 %	41 %
Éducation et recherche	24 %	24 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	18 %	18 %
Arts, culture et loisirs	18 %	17 %
Environnement	6 %	6 %
Organismes internationaux	6 %	6 %
Droit, défense des intérêts et politiques	6 %	5 %
Autres	3 %	3 %
Développement et logement	2 %	2 %
Associations professionnelles et syndicats	1 %	0 %

Il existe un recoupement significatif parmi les donateurs les plus généreux de ces catégories d'organismes. Près du quart (24 %) des donateurs les plus généreux du secteur de la santé se retrouvaient également dans la catégorie des donateurs les plus généreux des organismes de services sociaux (soit ceux qui ont donné 40 $ ou plus à ces organismes) et près d'un cinquième (18 %) parmi les meilleurs donateurs des organismes religieux (soit ceux qui ont donné 225 $ ou plus à ces organismes). Ce phénomène était également évident en 1997, où les donateurs du quartile supérieur du secteur de la santé avaient également tendance à se retrouver parmi les meilleurs donateurs des autres catégories d'organismes.

Tableau 8 : Répartition des montants donnés selon la catégorie d'organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 2000

Catégorie d'organismes	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs réguliers
Santé	**24,2 %**	**19,5 %**
Religion	46,9 %	48,9 %
Services sociaux	9,2 %	10,2 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	6,8 %	7,3 %
Arts, culture et loisirs	3,2 %	3,3 %
Organismes internationaux	3,1 %	3,4 %
Éducation et recherche	3,0 %	3,1 %
Environnement	1,6 %	1,9 %
Droit, défense des intérêts et politiques	1,0 %	1,0 %
Autres	0,5 %	0,8 %
Développement et logement	0,3 %	0,4 %
Associations professionnelles et syndicats	0,2 %	0,2 %

Dons aux organismes de la santé : motivations et obstacles

Les Canadiens font des dons caritatifs pour de multiples raisons. Les motivations indiquées par les donateurs du secteur de la santé étaient sensiblement différentes de celles citées par les donateurs des autres secteurs (tableau 9). Les donateurs du secteur de la santé étaient, de façon marquée, plus enclins à affirmer que leur motivation à donner était liée au sentiment d'être personnellement concernés par la cause; 76 % d'entre eux ont indiqué qu'ils donnaient parce qu'eux-mêmes, ou une personne qu'ils connaissaient, étaient personnellement touchés par la cause à laquelle appuyée, comparativement à 54 % des donateurs des autres secteurs. Les donateurs du secteur de la santé étaient également plus enclins à donner par sentiment de devoir quelque chose à leur communauté (62 %, contre 50 % des donateurs des autres secteurs), par désir de contribuer à une cause à laquelle ils croyaient (93 % contre 84 %), et par compassion envers des personnes nécessiteuses (96 % contre 91 %). Ils étaient quelque peu moins enclins à motiver leur don par souci de se conformer à leurs obligations ou convictions religieuses (30 % des donateurs du secteur de la santé, contre 33 % des donateurs des autres secteurs) (tableau 9).

Tableau 9 : Motivations des dons, donateurs du secteur de la santé et donateurs des autres secteurs, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Donateurs du secteur de la santé	**Donateurs des autres secteurs**	**Donateurs du secteur de la santé**	**Donateurs des autres secteurs**
Sentiment de compassion envers des personnes nécessiteuses	96 %	91 %	96 %	92 %
Désir de contribuer à une cause à laquelle ils croient	93 %	84 %	94 %	88 %
Fait qu'eux-mêmes ou une personne qu'ils connaissent sont concernés par la cause	76 %	54 %	73 %	50 %
Sentiment d'avoir une dette envers la communauté	62 %	50 %	62 %	51 %
Obligations ou convictions religieuses	30 %	33 %	34 %	35 %
Crédit d'impôt du gouvernement	13 %	13 %	12 %	8 %

Ces constatations sont plus ou moins semblables à celles de 1997. Toutefois, le lien personnel à une cause a pris de l'importance parmi les donateurs du secteur de la santé. En 2000, 76 % d'entre eux ont indiqué que le motif de leurs dons était lié au fait qu'eux-mêmes, ou une personne qu'ils connaissaient, étaient personnellement concernés par la cause (contre 73 % en 1997). L'importance des motivations d'ordre religieux a diminué. En 2000, 30 % des donateurs du secteur de la santé ont indiqué qu'ils donnaient pour se conformer à des obligations ou convictions religieuses, contre 34 % en 1997.

Il existe de nombreux facteurs empêchant de donner davantage (tableau 10). En général, les donateurs du secteur de la santé semblent être, de façon marquée, moins touchés par la plupart de ces entraves[10]. Ils étaient beaucoup moins enclins que les donateurs des autres secteurs à éprouver des difficultés à trouver une cause méritoire (12 % contre 22 %) ou à vouloir épargner en prévision de besoins personnels futurs (48 % contre 57 %). Il importe toutefois de signaler que les donateurs du secteur de la santé étaient plus enclins à indiquer qu'ils n'aimaient pas les méthodes de sollicitation de dons (48 %, contre 44 % des donateurs des autres secteurs). Cet obstacle a pris de l'importance depuis 1997, où 44 % des donateurs du secteur de la santé le mentionnaient.

[10] On a demandé aux donateurs du secteur de la santé si l'un de ces facteurs pouvait les empêcher de donner davantage.

Tableau 10 : Obstacles à donner davantage, donateurs du secteur de la santé et donateurs des autres secteurs, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs des autres secteurs	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs des autres secteurs
N'aimaient pas les méthodes de sollicitation de dons	48 %	44 %	44 %	37 %
Voulaient épargner en prévision de besoins personnels futurs	48 %	57 %	52 %	58 %
Préféraient dépenser leur argent à d'autres fins	44 %	52 %	46 %	55 %
Ne pensaient pas que les fonds seraient utilisés efficacement	43 %	50 %	41 %	39 %
Avaient déjà fait suffisamment de dons directement à des personnes	35 %	38 %	32 %	34 %
Donnaient du temps de bénévolat au lieu d'argent	26 %	28 %	27 %	31 %
Avaient de la difficulté à trouver une cause méritoire	12 %	22 %	9 %	16 %
Ne savaient pas où contribuer	7 %	14 %	6 %	11 %

Comment les organismes bénévoles de la santé recueillent des dons en argent

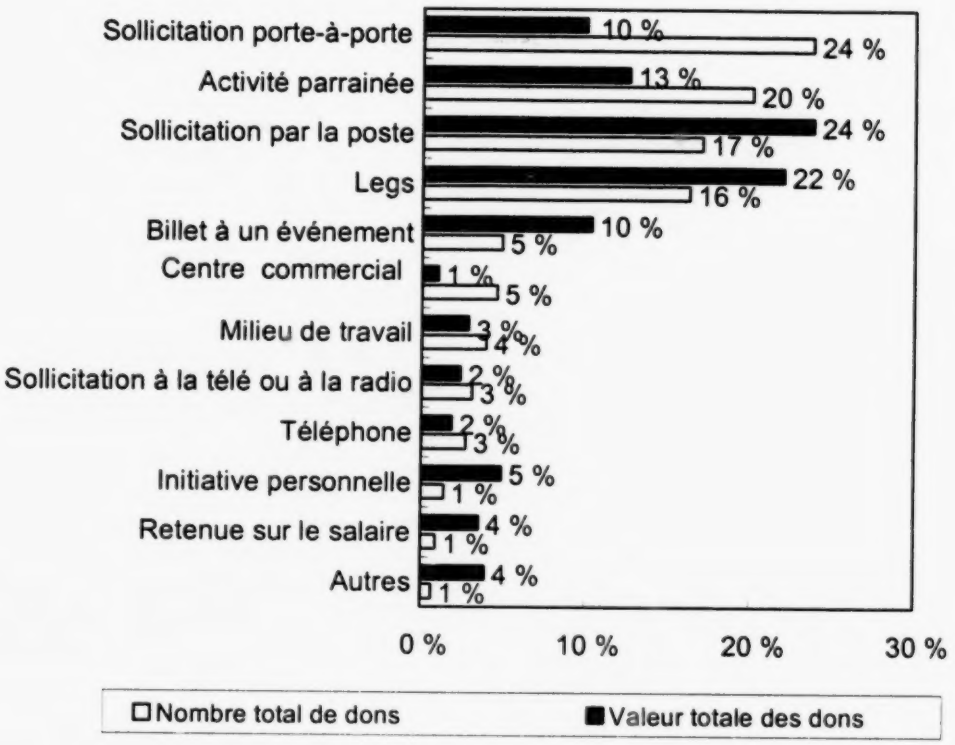
Les Canadiens ont donné aux organismes bénévoles de la santé de multiples manières. Comme le montre la figure 5, les manières les plus courantes de faire des dons consistaient à donner suite à une sollicitation porte-à-porte, à parrainer une activité comme un marchethon, à répondre à une sollicitation par la poste et à faire un legs.

Les méthodes les plus fréquemment employées n'étaient pas nécessairement les plus fructueuses cependant. Bien que le porte-à-porte ait recueilli le plus grand nombre de dons en 2000 (24 %), il représentait seulement 10 % de la valeur totale des dons aux organismes de la santé (figure 5). Pareillement, le parrainage d'une activité représentait 20 % du nombre total des dons, mais seulement 13 % de leur valeur totale.

La plus grande part du nombre total des dons aux organismes de la santé résultait de la sollicitation par la poste (17 % du nombre total, mais 24 % de la valeur totale des dons aux organismes de la santé) et des legs (16 % du nombre total, mais 22 % de la valeur totale). Les personnes qui avaient pris l'initiative d'une démarche auprès d'un organisme ou qui avaient opté pour une retenue sur le salaire comptaient pour seulement 1 % du nombre total de dons, mais pour 5 % et 4 %, respectivement, de la valeur totale des dons aux organismes de la santé.

Des changements importants sont survenus depuis 1997 dans la manière dont les Canadiens font leurs dons aux organismes du secteur de la santé. Le plus notable de ces changements a trait à la sollicitation porte-à-porte. Le nombre de dons faits par cette méthode a chuté de 33 % en 1997 à 24 % en 2000, et leur valeur, de 15 % à 10 %. Le nombre de dons faits par les particuliers qui parrainent une activité a augmenté, passant de 15 % à 20 %. Cette méthode comptait pour 13 % de la valeur totale des dons aux organismes de la santé en 2000, alors qu'elle en représentait 9 % en 1997. L'importance des particuliers ayant pris l'initiative d'une démarche auprès d'un organisme a décliné, passant de 9 % de la valeur totale des dons aux organismes de la santé en 1997 à 5 % en 2000 (figure A.5 à l'annexe A).

Figure 5 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par méthode de sollicitation, 2000



Le bénévolat au sein des organismes de la santé

Le pourcentage des Canadiens qui font du bénévolat au sein des organismes du secteur de la santé a décliné entre 1997 et 2000, même si le nombre total d'heures de bénévolat a augmenté. En 2000, plus de 1,1 million de Canadiens âgés de 15 ans et plus ont donné gratuitement de leur temps au moins une fois à un organisme du secteur de la santé entre le 1er octobre 1999 et le 30 septembre 2000. Le nombre de Canadiens ayant fait du bénévolat pour les organismes bénévoles de la santé était plus faible que pour les organismes des arts, de la culture et des loisirs (8,1 % des Canadiens), des services sociaux (7,3 %), des organismes religieux (5,5 %) ou les organismes d'éducation (5,1 %). Les bénévoles du secteur de la santé ont donné en moyenne 87 heures annuellement, soit 96 millions d'heures au total. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux qu'on enregistre pour les organismes des arts, de la culture et des loisirs (138 heures en moyenne, 273 millions d'heures au total), services sociaux (120 heures en moyenne, 214 millions d'heures au total), les organismes religieux (126 heures en moyenne, 170 millions d'heures au total). Les bénévoles du secteur de la santé sont au même niveau que ceux du secteur de l'éducation et de la recherche (90 heures en moyenne, 112 millions d'heures au total). Les bénévoles du secteur de la santé ont donné, en moyenne, 87 heures de leur temps durant l'année couverte par l'enquête, soit moins que le nombre moyen d'heures de bénévolat dans presque toutes les autres catégories d'organismes. Seuls les intermédiaires philanthropiques et les organismes de promotion du bénévolat obtenaient moins d'heures de leurs bénévoles (55 heures).

Tableau 11 : Taux de bénévolat et total et moyenne des heures de bénévolat, par catégorie d'organismes, 2000

Catégorie d'organismes	Taux de bénévolat (%)	Total des heures de bénévolat (en milliers)	Moyenne des heures de bénévolat
Santé	**4,5**	**96 404**	**87**
Arts, culture et loisirs	8,1	272 595	138
Services sociaux	7,3	214 493	120
Religion	5,5	169 838	126
Éducation et recherche	5,1	111 858	90
Développement et logement	2,0	51 361	106
Droit, défense des intérêts et politiques	1,3	40 494	129
Environnement	1,0	27 213	108
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	0,9	12 248	55
Associations professionnelles et syndicats	0,9	22 190	104
Autres	0,4	12 255	117
Organismes internationaux	0,3	9 866	121

En 1997, les bénévoles du secteur de la santé ont donné en moyenne 73 heures chacun aux organismes bénévoles de la santé, soit 92,6 millions d'heures au total. En 2000, leur nombre avait diminué de 170 000 et ils avaient donné chacun 87 heures en moyenne, soit un total de 96,4 millions d'heures, une augmentation de presque 4 millions d'heures par rapport à 1997.

Tableau 12 : Taux de bénévolat, total et moyenne des heures de bénévolat, tous les organismes et organismes de la santé, 2000 et 1997

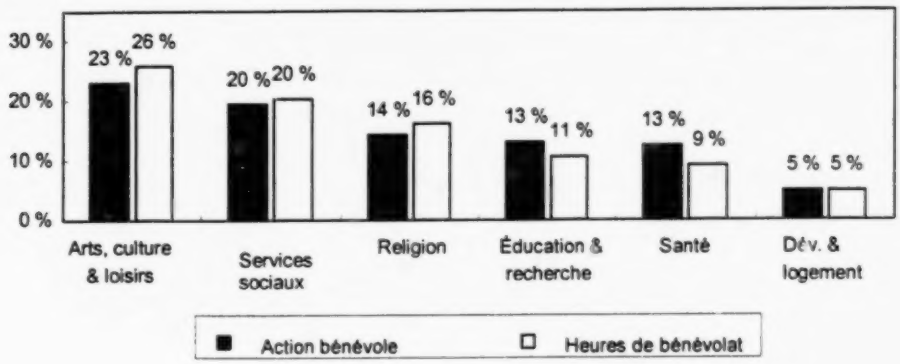
	2000	1997
Population totale (en milliers)	24 383	23 808
Tous les organismes		
Nombre de bénévoles (en milliers)	6 513	7 472
Taux de bénévolat (%)	26,7	31,4
Total des heures de bénévolat (en millions)	1 053,2	1 108,9
Moyenne des heures de bénévolat	162	149
Organismes de la santé		
Nombre de bénévoles (en milliers)	1 105	1 275
Taux de bénévolat (%)	4,5	5,4
Total des heures de bénévolat (en millions)	96,4	92,6
Moyenne des heures de bénévolat	87	73

Le soutien bénévole aux organismes du secteur de la santé

Les organismes bénévoles du secteur de la santé se sont classés au cinquième rang tant pour le pourcentage du nombre total d'actions bénévoles[11] (13 %) que pour le pourcentage du nombre total d'heures de bénévolat (9 %) dont ils ont bénéficié en 2000 (figure 6). Les organismes des arts, de la culture et des loisirs ont attiré un effort de bénévolat beaucoup plus considérable (23 % des actions et 26 % des heures), comme d'ailleurs les services sociaux (20 % des actions et des heures), les organismes religieux (14 % des actions, 16 % des heures) et le secteur de l'éducation et de la recherche (13 % des actions, 11 % des heures). Cette distribution des actions bénévoles et des heures de bénévolat est demeurée relativement constante entre 1997 et 2000 (figure A.6 à l'annexe A).

[11] Une action bénévole représente un engagement au sein d'un organisme. Il ne fait pas entrer en ligne de compte le nombre de différentes activités réalisées ni la fréquence, le moment ou la durée du bénévolat au sein de cet organisme.

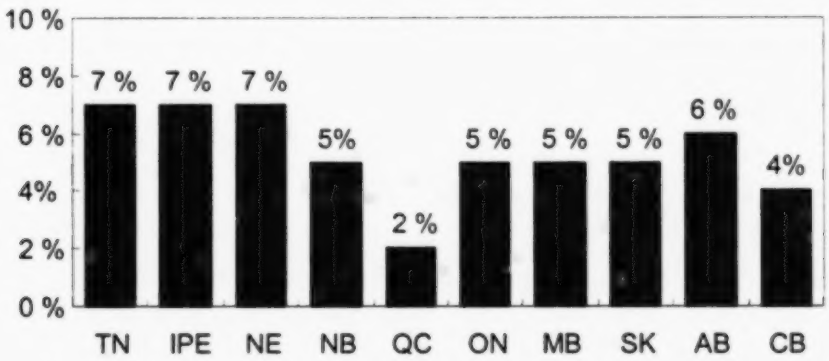
Figure 6 : Pourcentage de l'action bénévole et des heures totales de bénévolat, par catégorie d'organismes, 2000



Variations provinciales du bénévolat au sein des organismes du secteur de la santé

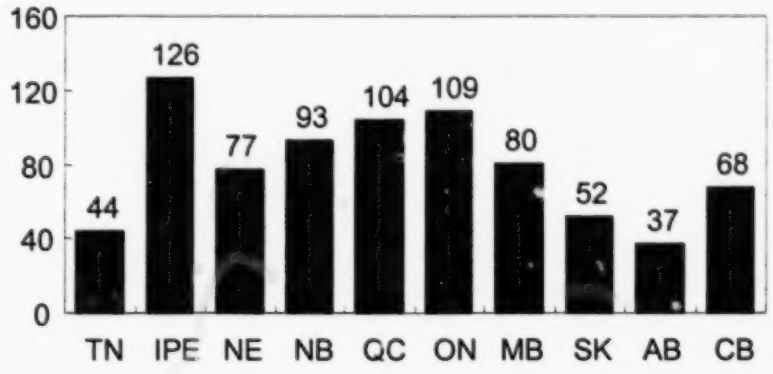
Le bénévolat au sein des organismes du secteur de la santé varie d'une province à l'autre (figures 7 et 8). Le pourcentage des Canadiens qui font du bénévolat dans le secteur de la santé était le plus élevé dans les provinces de l'Atlantique (7 % dans chacune des provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse) et le plus faible au Québec (2 %). Le taux de bénévolat dans le secteur de la santé est demeuré plus ou moins constant depuis 1997, sauf en Saskatchewan, où le taux est passé de 8 % en 1997 à 5 % en 2000 (figure A.7 à l'annexe A).

Figure 7 : Pourcentage des Canadiens ayant fait du bénévolat au sein d'organismes de la santé, par province, 2000



C'est à l'Île-du-Prince-Édouard que les bénévoles du secteur de la santé ont contribué, en moyenne, le plus heures (126 heures) (figure 8). Il s'agit d'une hausse spectaculaire par rapport aux 54 heures observées en 1997. Ce sont les Albertains qui ont, en moyenne, consacré le moins d'heures (37 heures), un recul sensible par rapport aux 54 heures relevées en 1997 (figure A.8 à l'annexe A). Dans l'ensemble, le nombre moyen d'heures de bénévolat accordées aux organismes du secteur de la santé a augmenté dans six provinces entre 1997 et 2000 et a diminué dans les autres. Aucun profil régional ne se dégage, non plus qu'un rapport prévisible entre les variations du taux de bénévolat et celles de la moyenne des heures de bénévolat.

Figure 8 : Moyenne annuelle des heures de bénévolat accordées aux organismes de la santé, par province, 2000



Qui sont les bénévoles du secteur canadien de la santé?

Caractéristiques personnelles et économiques

Tout comme en 1997, les bénévoles du secteur de la santé étaient représentatifs de l'ensemble de la population canadienne. Toutefois, certains Canadiens portaient une part disproportionnée du fardeau de l'effort bénévole. Les Canadiens du groupe d'âge des 45 à 54 ans, de sexe féminin, ceux qui sont plus scolarisés, qui ont un emploi et un revenu de ménage plus élevé que la moyenne, étaient plus enclins à être bénévoles dans le secteur de la santé. Le tableau 13 présente un profil détaillé des bénévoles du secteur canadien de la santé.

Âge

Les Canadiens âgés entre 35 et 64 ans avaient plus tendance à être bénévoles du secteur de la santé que ceux des autres groupes d'âge. Cependant, les personnes de 65 ans ou plus représentaient un pourcentage beaucoup plus élevé des heures de bénévolat que le groupe des 35 à 64 ans. Elles comptaient pour 24 % du nombre total des heures de bénévolat

accordées aux organismes du secteur de la santé et ont donné, en moyenne, 191 heures annuellement.

Sexe

Les femmes avaient beaucoup plus tendance que les hommes à faire du bénévolat dans le secteur de la santé (6 % des femmes étaient bénévoles, contre 3 % des hommes) et elles constituaient la majorité des bénévoles de ce secteur. Les femmes représentaient 66 % des bénévoles du secteur de la santé, comptaient pour 54 % des heures totales de bénévolat et contribuaient en moyenne 72 heures annuellement. Cependant, les bénévoles masculins du secteur de la santé représentaient, proportionnellement, une part plus grande des heures de bénévolat que leurs collègues féminins et donnaient, en moyenne, plus d'heures. Les hommes constituaient 34 % des bénévoles du secteur de la santé, mais comptaient pour 46 % des heures totales de bénévolat et faisaient, en moyenne, 117 heures de bénévolat annuellement.

Éducation

Les personnes ayant un niveau de scolarité plus bas avaient moins tendance à faire du bénévolat dans le secteur de la santé que celles de niveau de scolarité plus élevé, mais celles qui étaient bénévoles ont donné plus d'heures que la moyenne. Les personnes particuliers ayant moins qu'un diplôme d'études secondaires composaient 27 % de la population, mais seulement 14 % des bénévoles du secteur de la santé, mais leur engagement bénévole représentaient, en moyenne, 110 heures annuellement. Les diplômés d'université constituaient seulement 17 % de la population, mais 24 % des bénévoles du secteur de la santé et ils ont donné, en moyenne, 62 heures annuellement.

Situation sur le marché du travail

Les personnes ayant un emploi étaient plus portées à faire du bénévolat dans le secteur de la santé que les chômeurs ou les personnes absentes du marché du travail, mais ces dernières, si elles étaient bénévoles, contribuaient plus d'heures. Les personnes qui n'étaient pas sur le marché du travail représentaient 31 % des bénévoles du secteur de la santé, mais 43 % des heures de bénévolat et elles donnaient, en moyenne, 122 heures annuellement. Les personnes ayant un emploi représentaient 63 % de la population, mais 65 % des bénévoles du secteur de la santé et elles faisaient, en moyenne, 69 heures de bénévolat annuellement. Les employés à temps partiel étaient plus enclins à faire du bénévolat que ceux occupant un emploi à plein temps. Les employés à temps partiel représentaient 12 % de la population et 15 % des bénévoles du secteur de la santé.

Tableau 13 : Caractéristiques démographiques des bénévoles des organismes bénévoles de la santé, 1997 et 2000

	Pourcentage de la population canadienne		Pourcentage des bénévoles du secteur de la santé		Taux de bénévoles du secteur de la santé (%)		Pourcentage des heures de bénévolat dans le secteur de la santé		Moyenne des heures de bénévolat dans le secteur de la santé	
Groupe d'âge	**1997**	**2000**	**1997**	**2000**	**1997**	**2000**	**1997**	**2000**	**1997**	**2000**
15-24 ans	17	17	14	14	4	4	14	15	72	92
25-34 ans	19	18	15	14	4	4	10	17	48	107
35-44 ans	22	21	22	23	5	5	15	13	49	50
45-54 ans	17	18	24	24	8	6	24	15	74	55
55-64 ans	11	11	12	14	6	6	12	16	73	97
65 ans et plus	15	15	13	11	5	3	25	24	137	191
Sexe										
Hommes	49	49	31	34	3	3	31	46	72	117
Femmes	51	51	69	66	7	6	69	54	73	72
État matrimonial										
Mariés / conjoints de fait	61	62	65	68	6	5	59	67	65	85
Célibataires, jamais mariés	26	26	23	21	5	4	24	18	76	78
Veuves / veufs	6	5	6	4	5	4	7	10	90	201
Séparés / divorcés	7	7	6	7	5	4	10	5	121	64
Niveau de scolarité										
Études secondaires partielles	30	27	16	14	3	2	16	18	73	110
Études secondaires	19	20	21	16	6	4	22	17	77	93
Études postsecondaires partielles	10	9	10	13	5	6	7	11	51	73
Diplôme études postsecondaires	28	28	34	32	7	5	33	36	70	99
Grade universitaire	13	17	19	24	8	7	22	18	84	62
Situation sur le marché du travail										
Employés	59	63	62	65	6	5	43	52	51	69
À temps plein	*47*	*50*	*44*	*51*	*5*	*5*	*31*	*40*	*52*	*68*

À temps partiel	*12*	*12*	*18*	*15*	*8*	*5*	*12*	*12*	*49*	*74*
Chômeurs	5	4	4	4	4	4	6	5	104	112
Pas sur le marché du travail	35	33	34	31	5	4	51	43	108	122
Revenu du ménage										
Moins de 20 000 $	24	13	14	7	3	2	24	14	121	167
20 000 $ < 40 000 $	25	26	21	21	5	4	25	25	87	103
40 000 $ < 60 000 $	23	23	23	20	5	4	23	19	73	84
60 000 $ < 100 000 $	21	25	27	32	7	6	15	29	39	80
Plus de 100 000 $	7	12	15	20	11	7	13	13	66	56

Revenu du ménage

Les particuliers ayant un revenu de ménage plus élevé étaient plus enclins à faire du bénévolat dans le secteur de la santé, mais ils donnaient proportionnellement moins d'heures. Les particuliers dont le revenu du ménage était supérieur à 100 000 $ représentaient 12 % de la population, mais 20 % des bénévoles du secteur de la santé et seulement 7 % des heures de bénévolat dans ce secteur. Ceux ayant un revenu de ménage inférieur à 20 000 $ représentaient 13 % de la population et seulement 7 % des bénévoles du secteur de la santé, mais comptaient pour 14 % des heures de bénévolat dans le secteur.

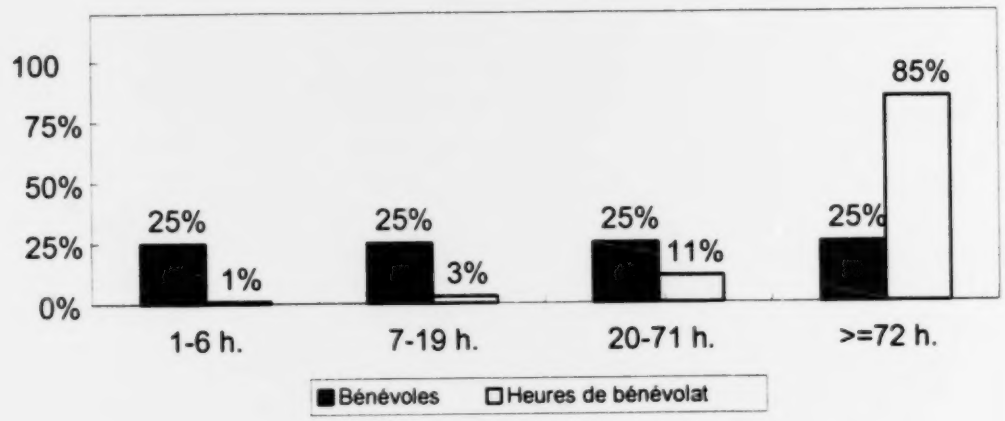
Variations de 1997 à 2000

Dans l'ensemble, il n'y a eu que quelques hausses et baisses significatives, entre 1997 et 2000, parmi les caractéristiques du bénévolat communes aux différents groupes démographiques. Le pourcentage des bénévoles du secteur de la santé qui occupaient un emploi (à temps plein ou à temps partiel) est passé de 62 % en 1997 à 65 % en 2000. Fait à signaler, cette hausse était encore plus marquée dans le cas des employés à plein temps, chez qui le pourcentage de bénévoles a fait un bond de 44 % à 51 % entre 1997 et 2000. Le pourcentage de bénévoles de ménages à revenu élevé a également augmenté. Les personnes ayant un revenu de ménage supérieur à $100 000 représentaient 20 % des bénévoles du secteur de la santé en 2000, alors qu'elles n'étaient que 15 % en 1997. On a également constaté une augmentation sensible, de 19 % à 24 % entre 1997 et 2000, du pourcentage des bénévoles qui étaient diplômés d'université. Le taux de bénévolat dans le secteur de la santé a régressé, passant de 5 % en 1997 à 3 % en 2000, dans le groupe d'âge des 65 ans ou plus. Les données de l'enquête ne sont pas suffisamment étoffées pour déterminer si ces variations sont dues à des changements chez les bénévoles du secteur de la santé ou dans l'ensemble de population canadienne.

Qui consacre le plus d'heures au bénévolat?

Un petit nombre de bénévoles du secteur de la santé ont assumé la plus grande part du bénévolat en 2000. Le quartile supérieur des bénévoles du secteur de la santé – ceux qui ont donné 72 heures ou plus – comptait pour 85 % des heures totales de bénévolat accordées aux organismes de ce secteur (figure 9). Les bénévoles des trois autres quartiles n'avaient donné que 15 % des heures totales. Comme le montre la figure A.9 (voir l'annexe A), cette situation est semblable à celle de 1997, où le quartile supérieur des bénévoles du secteur de la santé[12] représentait 83 % des heures totales de bénévolat.

Figure 9 : Concentration du soutien bénévole aux organismes bénévoles de la santé, 2000



Qui sont les bénévoles sont les plus disponibles?

Du fait que les bénévoles du quartile supérieur comptaient pour une part si considérable du nombre total des heures de bénévolat accordées aux organismes du secteur de la santé, il est essentiel de comprendre ce qui les différencie des autres bénévoles de la santé. Le tableau 14 compare le quartile supérieur des bénévoles du secteur de la santé aux autres bénévoles du même secteur. De façon générale, les bénévoles du quartile supérieur tendaient à avoir au moins 55 ans, à être de sexe féminin et absent du marché du travail et à disposer d'un revenu de ménage plus faible.

[12] Définis en 1997 comme les particuliers ayant donné 60 heures ou plus aux organismes de la santé. Cette définition diffère quelque peu de celle appliquée en 2000 du fait que la moyenne des heures de bénévolat accordées aux organismes de la santé est passée de 73 en 1997 à 87 en 2000.

Âge

Les personnes âgées de 55 ou plus avaient, plus que les autres groupes d'âge, tendance à être parmi les bénévoles les plus disponibles du secteur de la santé. Elles constituaient 39 % des bénévoles les plus disponibles, mais seulement 20 % des autres bénévoles du secteur de la santé. Par contraste, le groupe d'âge des 35 à 54 ans comptait pour 36 % des bénévoles les plus disponibles, mais pour 51 % des autres bénévoles du secteur de la santé.

Sexe

Même si les femmes constituaient un pourcentage beaucoup plus considérable des bénévoles du secteur de la santé, les hommes tendaient à être relativement mieux représentés dans le groupe des bénévoles les plus disponibles. En effet, les hommes comptaient pour 38 % des bénévoles les plus disponibles et pour 33 % des autres bénévoles du secteur de la santé. Quant aux femmes, elles représentaient une très forte majorité dans le quartile supérieur (62 %) ainsi que dans les autres quartiles (67 %) de bénévoles du secteur de la santé.

Éducation

Le niveau de scolarisation ne paraît pas avoir de grands effets, sauf pour le fait que les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires semblent avoir davantage tendance à se situer dans le groupe des bénévoles les plus disponibles.

Situation sur le marché du travail

Ceux qui n'étaient pas sur le marché du travail avaient beaucoup plus tendance à se retrouver parmi les bénévoles les plus disponibles (47 % du quartile supérieur, contre 25 % des autres quartiles des bénévoles du secteur de la santé), tandis que les personnes occupant un emploi en particulier un emploi à plein temps, avaient moins tendance à appartenir au groupe des bénévoles les plus disponibles.

Tableau 14 : Caractéristiques démographiques des bénévoles les plus généreux et des autres bénévoles du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Bénévoles les plus généreux (%)	**Autres bénévoles (%)**	**Bénévoles les plus généreux (%)**	**Autres bénévoles (%)**
Groupe d'âge				
15-24 ans	13	14	15	13
25-34 ans	12	14	11	16
35-44 ans	18	25	17	23
45-54 ans	18	26	23	24
55-64 ans	17	13	16	11
65 ans et plus	22	7	18	12
Sexe				
Hommes	38	33	30	31
Femmes	62	67	70	69
État matrimonial				
Mariés / conjoints de fait	63	70	60	67
Célibataires, jamais mariés	21	20	25	22
Veuves / veufs	11	2	7	5
Séparés / divorcés	5	7	9	5
Niveau de scolarité				
Études secondaires partielles	17	13	15	16
Études secondaires	17	16	17	22
Études postsecondaires partielles	11	14	10	10
Diplôme études postsecondaires	31	32	36	34
Grade universitaire	24	25	22	18
Situation sur le marché du travail				
Employés	48	71	51	65
À plein temps	*35*	*56*	*33*	*47*
À temps partiel	*13*	*15*	*18*	*18*
Chômeurs	5	3	4	4
Pas sur le marché du travail	47	25	44	31

Revenu du ménage				
Moins de 20 000 $	14	5	20	12
20 000 $ < 40 000 $	24	20	22	21
40 000 $ < 60 000 $	24	19	25	22
60 000 $ < 100 000 $	25	34	20	29
Plus de 100 000 $	14	22	12	15

Revenu du ménage

Les particuliers dont le revenu du ménage était de $60 000 ou plus avaient moins tendance à être parmi les bénévoles les plus disponibles du secteur de la santé, tandis que ceux ayant un revenu de ménage plus modeste avaient davantage tendance à y être. Ceux avec un revenu de ménage supérieur à $100 000 représentaient 14 % des bénévoles les plus disponibles, mais 22 % des autres bénévoles du secteur de la santé. Les personnes ayant un revenu de ménage inférieur à $20 000 comptaient pour 14 % des bénévoles les plus disponibles du secteur de la santé, mais pour seulement 5 % des autres bénévoles du secteur.

Le rôle de la religion

L'appartenance et l'engagement religieux sont souvent associés à des taux de bénévolat plus élevés. En effet, en 2000, les particuliers ayant affirmé une appartenance religieuse étaient quelque peu plus portés à faire du bénévolat au sein d'organismes du secteur de la santé (74 % de la population et 77 % des bénévoles), tandis que ceux qui avaient une pratique religieuse hebdomadaire étaient sensiblement plus portés à le faire (19 % de la population et 27 % des bénévoles). Ceux se disant « très religieux » étaient également quelque peu plus portés à faire du bénévolat dans le secteur de la santé (11 % de la population et 14 % des bénévoles).

Tableau 15 : Caractéristiques liées à la religion des bénévoles du secteur de la santé, 1997 et 2000

	Pourcentage de la population canadienne		Pourcentage des bénévoles du secteur de la santé		Taux des bénévoles du secteur de la santé (%)		Pourcentage des heures de bénévolat dans le secteur de la santé		Moyenne des heures de bénévolat dans le secteur de la santé	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Appartenance religieuse										
Pas d'appartenance religieuse	25	26	20	23	4	4	17	24	61	90
Appartenance religieuse	75	74	80	77	6	5	83	76	76	86
Pratique religieuse										
Hebdomadaire	20	19	30	27	8	7	37	26	88	83
Non hebdomadaire	80	81	70	73	5	4	63	74	66	89
Engagement religieux										
Très religieux	12	11	18	14	8	6	16	13	65	78
Pas très religieux	88	89	82	86	5	5	84	87	74	87

Les particuliers qui s'étaient déclarés « très religieux » ou qui fréquentaient hebdomadairement un lieu de culte avaient quelque peu plus tendance à être parmi les bénévoles les plus disponibles du secteur de la santé (15 % bénévoles les plus disponibles, contre 14 % des autres bénévoles, et 29 % des bénévoles les plus disponibles, contre 27 % des autres bénévoles, respectivement). Cependant, les personnes ayant affirmé une appartenance religieuse avaient moins tendance à se retrouver dans le groupe des bénévoles les plus disponibles du secteur de la santé (75 % des bénévoles les plus disponibles, contre 78 % des autres bénévoles).

Tableau 16 : Caractéristiques liées à la religion des bénévoles les plus généreux et des autres bénévoles du secteur bénévole de la santé, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Bénévoles les plus généreux (%)	Autres bénévoles (%)	Bénévoles les plus généreux (%)	Autres bénévoles (%)
Appartenance religieuse				
Pas d'appartenance religieuse	25	22	22	20
Appartenance religieuse	75	78	78	80
Pratique religieuse				
Hebdomadaire	29	27	34	29
Non hebdomadaire	71	73	66	71
Engagement religieux				
Très religieux	15	14	17	18
Pas très religieux	85	86	83	82

Soutien des bénévoles du secteur de la santé à d'autres causes

À l'exemple des donateurs des organismes de la santé, les bénévoles de ce secteur accordent un soutien à d'autres causes. De fait, ils donnent de leur temps à plus de catégories d'entreprises que la plupart des bénévoles d'autres secteurs. En moyenne, ils ont fait du bénévolat pour 2,2 catégories organismes en 2000, ce qui les met à égalité avec les bénévoles du secteur de l'environnement (tableau 17) et au deuxième rang seulement derrière les bénévoles du secteur du droit, de la défense des intérêts et des politiques qui, pour leur part, ont oeuvré bénévolement au sein auprès d'organismes de 2,3 catégories. Cette situation est semblable à celle de 1997. Il importe de signaler le fléchissement général entre 1997 et 2000 du nombre moyen d'organismes ayant suscité un soutien. Les seuls bénévoles qui ont accru le nombre moyen des organismes auxquels ils apportent un effort bénévole sont justement ceux du secteur de la santé (où le nombre moyen est passé de 2,1 en 1997 à 2,2 en 2000).

Tableau 17 : Nombre moyen d'organismes soutenus, par catégorie de bénévoles, 2000 et 1997

Catégorie d'organismes	2000	1997
Santé	**2,2**	**2,1**
Droit, défense des intérêts et politiques	2,3	2,3
Environnement	2,2	2,3
Développement et logement	2,1	2,2
Associations professionnelles et syndicats	2,1	2,3
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	2,0	2,2
Services sociaux	2,0	2,1
Organismes internationaux	2,0	2,3
Religion	2,0	2,1
Arts, culture et loisirs	2,0	2,1
Éducation et recherche	2,0	2,1
Autres	1,7	2,1

On constate, sans surprise, que les taux de l'effort bénévole consenti par les bénévoles du secteur de la santé aux autres catégories d'organismes varient considérablement. De façon générale, les bénévoles du secteur de la santé tendent aussi à faire du bénévolat au sein des mêmes catégories d'organismes que les bénévoles réguliers[13]. Outre les organismes de la santé, ce sont ceux des services sociaux; des arts, de la culture et des loisirs; de la religion; et de l'éducation et de la recherche qui représentent les catégories qui attirent le plus le soutien des bénévoles du secteur de la santé. Ceux-ci tendent à privilégier certaines catégories d'organismes plus souvent que les bénévoles réguliers. Les bénévoles du secteur de la santé sont davantage portés à faire du bénévolat dans les services sociaux (36 %, contre 27 % des bénévoles réguliers), le secteur du développement et du logement (8 %, contre 7 % des bénévoles réguliers) et les intermédiaires philanthropiques et organismes de promotion du bénévolat (7 %, contre 3 % des bénévoles réguliers[14]). Les bénévoles du secteur de la santé ont moins tendance à consentir un effort bénévole au sein des organismes d'éducation et de recherche (15 %, contre 19 % des bénévoles réguliers) et des arts, de la culture et des loisirs (28 %, contre 30 % des bénévoles réguliers).

[13] Les bénévoles réguliers sont définis comme des particuliers qui ont fait du bénévolat au moins une fois au sein d'un organisme de l'une ou l'autre des catégories. Les donateurs du secteur de la santé sont également des donateurs réguliers (c.-à.d. qu'ils constituent un sous-ensemble des donateurs réguliers).

[14] Ce cas mérite d'être signalé de façon particulière en raison de l'ampleur de l'écart, quoique les pourcentages absolus des bénévoles soient petits.

Tableau 18 : Taux de bénévolat par catégorie d'organismes, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 2000

Catégorie d'organismes	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles réguliers
Santé	**100 %**	**17 %**
Services sociaux	36 %	27 %
Arts, culture et loisirs	28 %	30 %
Religion	23 %	21 %
Éducation et recherche	15 %	19 %
Développement et logement	8 %	7 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	7 %	3 %
Droit, défense des intérêts et politiques	4 %	5 %
Environnement	4 %	4 %
Associations professionnelles et syndicats	3 %	3 %
Autres	1 %	2 %
Organismes internationaux	1 %	1 %

Les bénévoles du secteur de la santé consacrent la plus grande part de leur temps de bénévolat (51 %) aux organismes de ce secteur (tableau 19). Alors que les organismes des arts, de la culture et des loisirs attirent 26 % des heures des bénévoles réguliers, ils ne recueillent que 13 % des heures totales de bénévolat accordées par les bénévoles du secteur de la santé. Les organismes des services sociaux obtiennent 20 % des heures des bénévoles réguliers, mais seulement 13 % de celles des bénévoles du secteur de la santé.

Tableau 19 : Répartition des heures de bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 2000

Catégorie d'organismes	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles réguliers
Santé	**51,3 %**	**9,2 %**
Services sociaux	12,7 %	20,4 %
Arts, culture et loisirs	12,6 %	25,9 %
Religion	8,4 %	16,1 %
Éducation et recherche	6,7 %	10,6 %
Droit, défense des intérêts et politiques	1,8 %	3,8 %
Développement et logement	1,6 %	4,9 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	1,2 %	1,2 %
Associations professionnelles et syndicats	0,8 %	2,1 %
Environnement	0,7 %	2,6 %
Autres	0,3 %	1,2 %
Organismes internationaux	0,2 %	0,9 %

Le bénévolat au sein des organismes de la santé : motivations et obstacles

Les Canadiens font du bénévolat pour diverses raisons. Parmi celles-ci, ce sont les motifs et les facteurs d'ordre personnel qui pèsent le plus lourd chez les bénévoles du secteur de la santé. Comme le montre le tableau 20, ces bénévoles ont mentionné le fait de croire personnellement à la cause soutenue par l'organisme plus souvent (96 %) que toute autre motivation. Ils tendaient également plus que les bénévoles des autres secteurs à dire que leur bénévolat tenait à ce qu'ils étaient personnellement concernés par la cause en question (75 %, contre 67 % des bénévoles des autres secteurs). Ils avaient moins tendance à mentionner le désir de mettre à profit leurs compétences et leur expérience (71 %, contre 83 % des bénévoles des autres secteurs) ou d'approfondir leurs capacités (53 %, contre 58 % des bénévoles des autres secteurs). Relativement peu de bénévoles du secteur de la santé sont venus au bénévolat en vue d'améliorer leurs possibilités d'emploi (19 %) ou parce qu'ils y étaient obligés par leur école ou quelque autre autorité (9 %). À une exception près, les motivations des bénévoles du secteur de la santé ont peu changé entre 1997 et 2000. Alors que 26 % de ces bénévoles citaient leurs obligations ou convictions religieuses comme motivation en 1997, seuls 22 % d'entre eux ont cité cette raison en 2000. Fait intéressant, des variations beaucoup plus marquées ont été constatées dans les motivations des bénévoles des autres secteurs (par exemple, en 1997, 25 % des bénévoles s'étaient engagés parce que leurs amis faisaient du bénévolat, comparativement à 31 % en 2000).

Tableau 20 : Motivations du bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles des autres secteurs, 2000 et 1997

	2000		1997	
	Bénévoles du secteur de la santé	**Bénévoles des autres secteurs**	**Bénévoles du secteur de la santé**	**Bénévoles des autres secteurs**
Désir de soutenir une cause à laquelle ils croient	96 %	95 %	98 %	96 %
Fait qu'eux-mêmes ou une personne qu'ils connaissent sont concernés par la cause	75 %	67 %	76 %	65 %
Désir de mettre à profit leurs compétences et leur expérience	71 %	83 %	72 %	79 %
Désir d'approfondir leurs capacités	53 %	58 %	52 %	55 %
Parce que des amis font du bénévolat	25 %	31 %	23 %	25 %
Obligations ou convictions religieuses	22 %	27 %	26 %	30 %
Désir d'améliorer leurs possibilités d'emploi	19 %	23 %	20 %	22 %
Obligation de faire du bénévolat	9 %	7 %	---	---

Parmi tous les obstacles empêchant les bénévoles du secteur de la santé d'accroître leur temps de bénévolat, les facteurs liés au temps demeuraient les plus importants[15]. Comme le montre le tableau 21, plus des trois quarts (76 %, en hausse par rapport aux 71 % en 1997) des bénévoles du secteur de la santé disaient ne pas faire davantage de bénévolat en raison du manque de temps. Plus du tiers d'entre eux (34 %) ont indiqué ne pas être disposés à s'engager durant toute l'année. Un quart d'entre eux (25 %) ont dit contribuer de l'argent plutôt que du temps, alors qu'ils étaient 21 % en 1997 à invoquer cette raison. Cette hausse pourrait être un signe de contraintes de temps.

D'autres obstacles avaient beaucoup moins d'importance pour les bénévoles du secteur de la santé : 30 % estimaient avoir déjà fait un effort de bénévolat suffisant; 25 % préféraient donner de l'argent plutôt que du temps; presque un cinquième (18 %) d'entre eux ont invoqué un problème de santé ou une limitation physique; seulement 7 % ont mentionné l'insatisfaction causée par leurs expériences antérieures de bénévolat.

Certains obstacles ont pris de l'importance depuis 1997. Les bénévoles du secteur de la santé ont fait état de contraintes de temps croissantes. En 2000, 76 % ont dit ne pas disposer de plus de temps à consacrer au bénévolat, alors qu'ils n'étaient que 71 % à le dire en 1997. Un nombre croissant d'entre eux (25 %, contre 21 % en 1997) ont déclaré donner de l'argent plutôt que de leur temps, ce qui pourrait être un signe de contraintes de temps.

[15] Les bénévoles du secteur de la santé ont été invités à dire si l'un ou l'autre de ces facteurs constituait pour eux un obstacle à l'accroissement de leur temps de bénévolat.

Tableau 21 : Obstacles à un bénévolat accru, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles des autres secteurs, 2000 et 1997

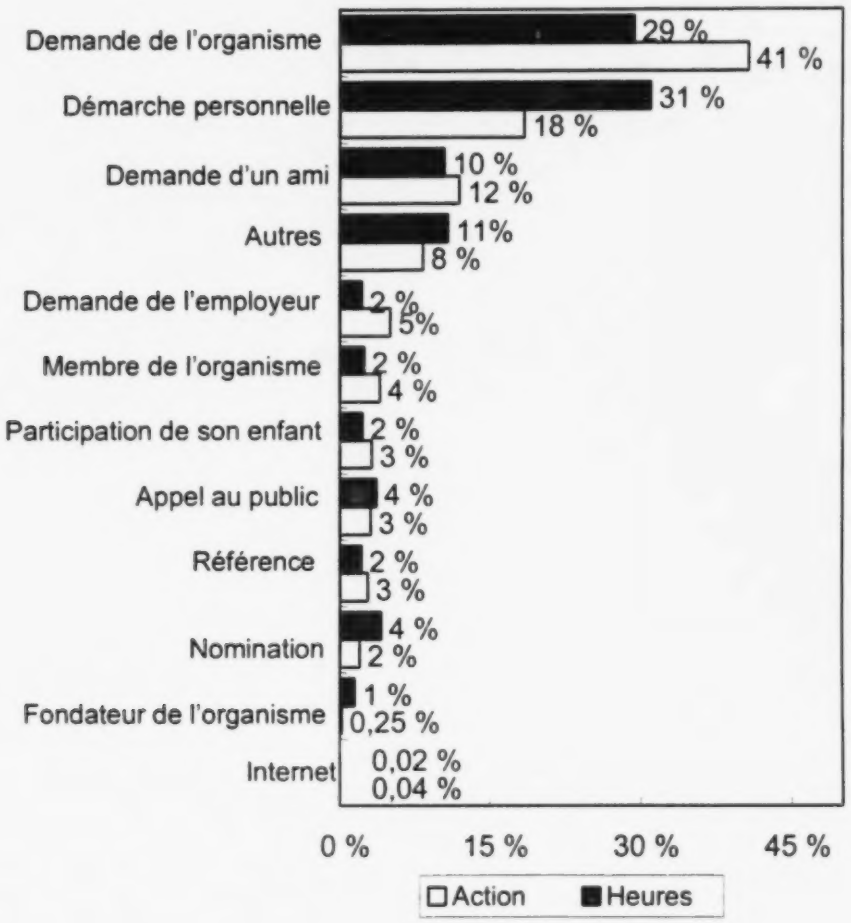
	2000		1997	
	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles des autres secteurs	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles des autres secteurs
Manque de temps	76 %	75 %	71 %	75 %
Refus d'un engagement tout au long de l'année	34 %	33 %	35 %	35 %
Effort de bénévolat actuel suffisant	30 %	29 %	30 %	31 %
Contribution en argent plutôt qu'en temps	25 %	23 %	21 %	19 %
Aucune sollicitation par une personne connue	19 %	17 %	18 %	18 %
Problèmes de santé ou incapacité physique	18 %	15 %	15 %	13 %
Manque d'intérêt	12 %	17 %	10 %	13 %
Coût financier du bénévolat	11 %	13 %	11 %	14 %
Ignorance de la façon de s'y prendre pour devenir bénévole	8 %	10 %	7 %	8 %
Insatisfaction quant à leur bénévolat antérieur	7 %	8 %	---	---
Craintes de poursuites judiciaires	3 %	6 %	3 %	4 %

Comment on devient bénévole au sein des organismes du secteur de la santé

Les Canadiens deviennent bénévoles du secteur de la santé de multiples façons. Plus de bénévoles se sont engagés en réponse à une demande que par tout autre voie; dans presque quatre cas sur dix, il s'agissait d'une demande faite par l'organisme lui-même. En fait, les bénévoles du secteur de la santé, beaucoup plus que ceux des autres secteurs (41 % contre 28 %), avaient tendance à s'engager dans le bénévolat de cette façon. Les autres manières les plus communes de devenir bénévole consistaient à prendre l'initiative d'une démarche personnelle auprès de l'organisme (18 % des actions de bénévolat) et à donner suite à une demande d'une ami (12 %).

Cependant, les divers moyens de recrutement des bénévoles n'aboutissaient pas tous à un même engagement, pour ce qui est du nombre d'heures de bénévolat. Ceux qui avaient pris l'initiative d'une démarche personnelle auprès de l'organisme représentaient la plus grande part du temps de bénévolat (31 % des heures de bénévolat). Ceux qui avaient répondu à une demande de l'organisme comptaient pour 29 % des heures totales de bénévolat et ceux ayant donné suite à la demande d'un ami, pour 10 % des heures totales de bénévolat (figure 10).

Figure 10 : Pourcentage de l'action bénévole et des heures de bénévolat, par méthode de recrutement, organismes de la santé, 2000

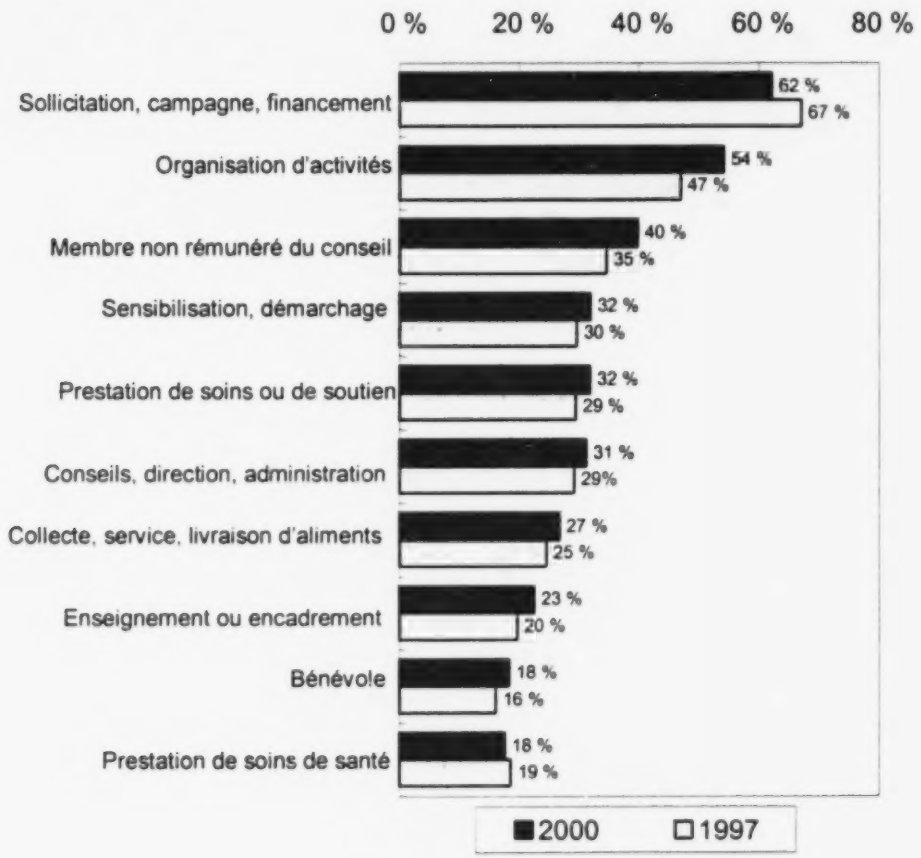


Le seul changement notable dans les modes de recrutement entre 1997 et 2000 a été la diminution du taux de ceux qui avaient pris l'initiative d'une démarche personnelle auprès de l'organisme bénévole (47 % des actions de bénévolat en 1997, contre 41 % en 2000). Bien que le pourcentage des heures totales de bénévolat attribuables à ces bénévoles soit demeuré relativement stable (30 % des heures en 1997, contre 29 % en 2000), ce phénomène laisse supposer un changement quelconque dans le type ou la fréquence des appels lancés par les organismes du secteur de la santé et (ou) dans la volonté ou la capacité des bénévoles d'y répondre.

Que font les bénévoles du secteur de la santé?

Les bénévoles du secteur de la santé exercent une vaste gamme d'activités à l'appui des organismes bénévoles de la santé. Ils jouent un rôle particulièrement important dans les efforts de collecte de fonds. Comme en 1997, la plupart d'entre eux (62 %) avaient participé à des activités de collecte de fonds – sollicitation, campagne ou activités apparentées (figure 11). Il s'agit toutefois d'un recul par rapport aux 67 % de 1997. L'autre activité la plus commune était l'organisation d'activités, laquelle a pris de l'importance, passant de 47 % des bénévoles en 1997 à 54 % en 2000. Quatre sur dix bénévoles du secteur de la santé (40 %) siégeaient comme membre non rémunéré du conseil d'administration, une hausse par rapport aux 35 % enregistrés en 1997. De fait, sauf pour la collecte de fonds et la prestation de soins de santé, la participation des bénévoles a augmenté dans presque chaque domaine d'activité.

Figure 11 : Activités effectuées par les bénévoles du secteur de la santé, 2000 et 1997



Conclusion

La contribution des donateurs et des bénévoles demeure importante pour les organismes bénévoles de la santé au Canada. Ce qui est encourageant, c'est la légère hausse, par rapport à 1997, du pourcentage des Canadiens qui sont donateurs des organismes bénévoles de la santé et l'augmentation de plus de 200 millions de dollars de la valeur de leurs dons. Bien que le nombre de Canadiens qui sont bénévoles au sein d'organismes du secteur de la santé ait reculé en 2000, ils ont donné presque 4 millions d'heures de bénévolat de plus qu'en 1997.

Le soutien des Canadiens aux organismes bénévoles de la santé semble avoir été motivé par le fait qu'ils croient à la cause soutenue par ces organismes ou se sentent personnellement concernés. Les Canadiens ont contribué des dons et du temps parce qu'eux-mêmes ou quelqu'un qu'ils connaissaient étaient personnellement touchés par les problèmes ou les enjeux que visaient les organismes bénévoles de la santé et parce qu'ils croyaient que le travail de ces organismes était important. Ils avaient beaucoup plus tendance à mentionner ces motifs que les donateurs et les bénévoles des autres secteurs. Ces facteurs d'ordre personnel pourraient constituer un atout dans les mains des organismes du secteur de la santé pour renforcer leur relation avec leurs donateurs et bénévoles actuels, ainsi que pour élargir la base de leur soutien bénévole.

Quoique le montant total des dons et le soutien bénévole accordés aux organismes du secteur de la santé aient augmenté entre 1997 et 2000, les organismes de ce secteur devraient néanmoins se préoccuper de l'étroitesse de la base de ce soutien et des obstacles apparents à son élargissement. L'essentiel du soutien accordé – tant les dons que le temps de bénévolat – aux organismes bénévoles de la santé provenait d'un pourcentage relativement faible des donateurs et des bénévoles. En effet, 25 % des donateurs avaient versé 75 % du montant total des dons en 2000. Pareillement, 25 % des bénévoles du secteur de la santé avaient assumé 85 % du fardeau du bénévolat. De toute évidence, toute diminution du nombre de ces donateurs et bénévoles ou de leur capacité de maintenir leur soutien risquerait d'avoir des répercussions considérables sur les organismes du secteur de la santé.

Les donateurs paraissaient de plus en plus insatisfaits de la manière dont on sollicite leurs dons. Presque la moitié (48 %) ont cité ce facteur comme obstacle à un accroissement de leurs dons, alors que 44 % d'entre eux le mentionnaient en 1997. Cette situation donne à penser que des mesures sont à prendre afin d'améliorer la relation avec ces donateurs et de trouver des méthodes de sollicitation qui les heurtent moins. L'incertitude économique semble aussi avoir une incidence : 48 % des donateurs du secteur de la santé ont affirmé ne pas donner davantage parce qu'ils préféraient épargner en prévision de leurs besoins personnels futurs.

Chez les bénévoles du secteur de la santé, la disponibilité de temps est en train de devenir une denrée rare. Plus des trois quarts (76 %) ont dit ne pas avoir assez de temps pour faire davantage de bénévolat. Seulement 71 % d'entre eux invoquaient ce motif en 1997. Plus du tiers (34 %) disaient ne pas vouloir prendre un engagement qui les lierait durant toute

l'année. Les organismes de la santé pourraient avoir à restructurer leurs possibilités de bénévolat pour accommoder les bénévoles qui manquent de temps ou qui veulent un engagement moins contraignant.

Comme nous l'avons signalé au début du rapport, les donateurs et bénévoles des organismes bénévoles de la santé jouent un rôle important dans le financement et la prestation des programmes et des services du secteur de la santé. Les responsables des collectes de fonds ainsi que du recrutement et de la gestion des bénévoles peuvent bénéficier d'une compréhension plus étendue des caractéristiques personnelles, facteurs économiques, motivations, obstacles et expériences qui influent sur les décisions de don et de bénévolat. Par son analyse des profils des donateurs et bénévoles, le présent rapport aura contribué à un telle compréhension.

Annexe A : tableaux et figures, 1997

Figure A.1 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par catégorie d'organismes, 1997

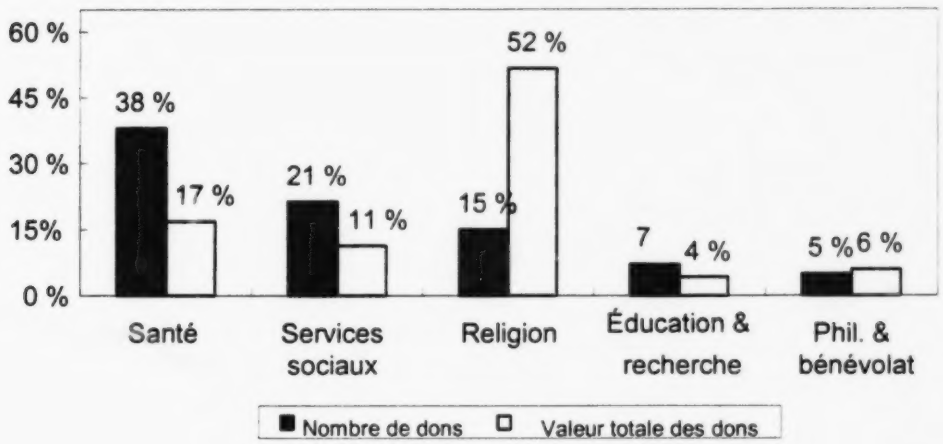


Figure A.2 : Pourcentage des Canadiens ayant fait un don aux organismes de la santé, par province, 1997

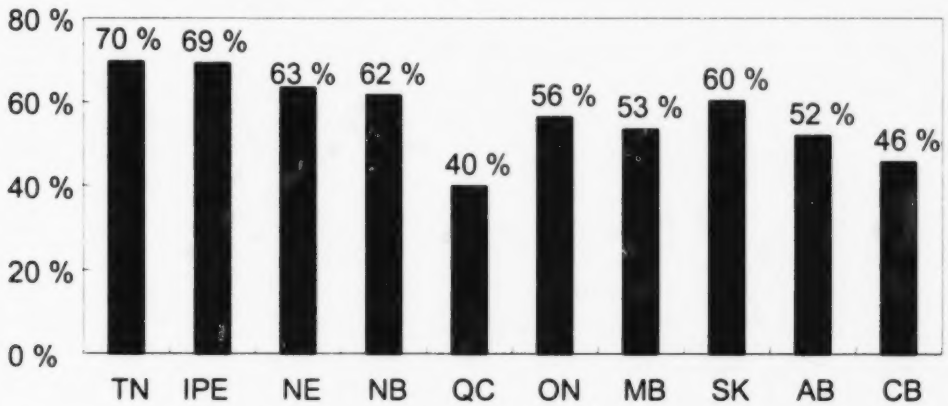


Figure A.3 : Montant moyen des dons annuels aux organismes bénévoles de la santé, par province, 1997

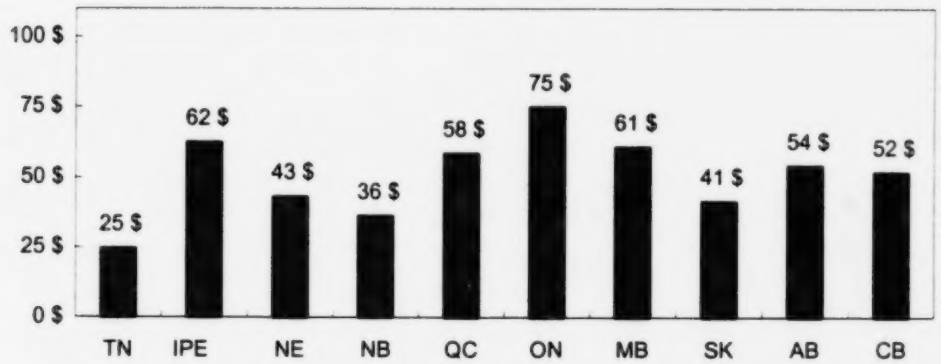


Figure A.4 : Concentration des dons en argent aux organismes bénévoles de la santé, 1997

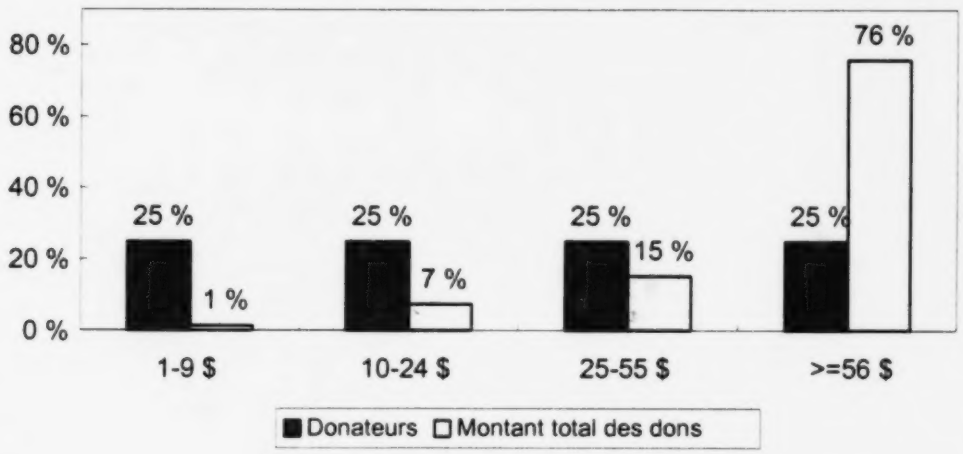


Figure A.5 : Pourcentage du nombre et de la valeur totale des dons, par méthode de sollicitation, 1997

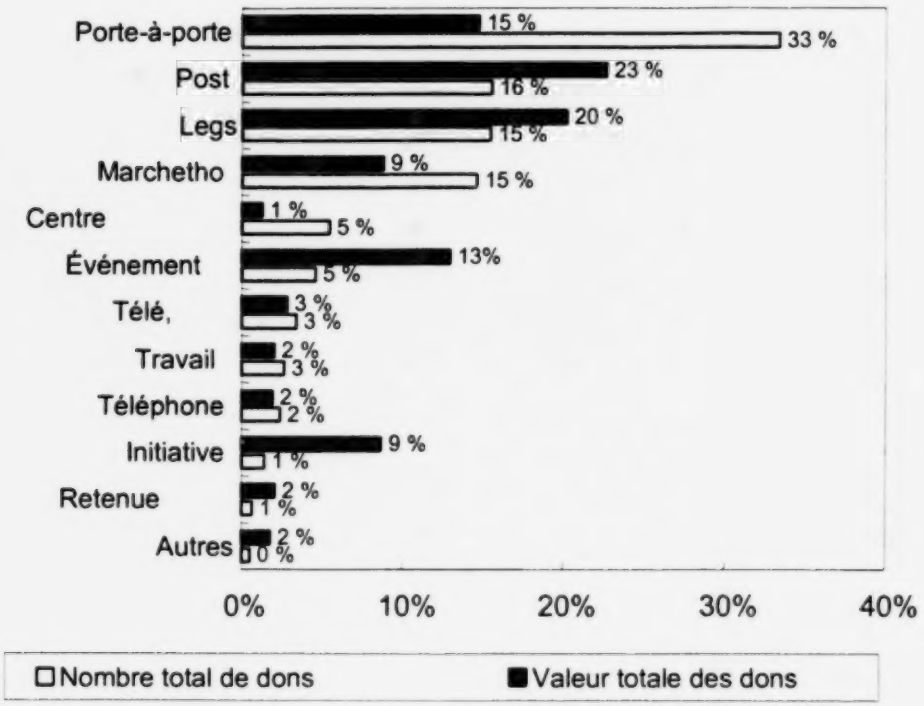


Figure A.6 : Pourcentage des activités et des heures totales de bénévolat, par catégorie d'organismes, 1997

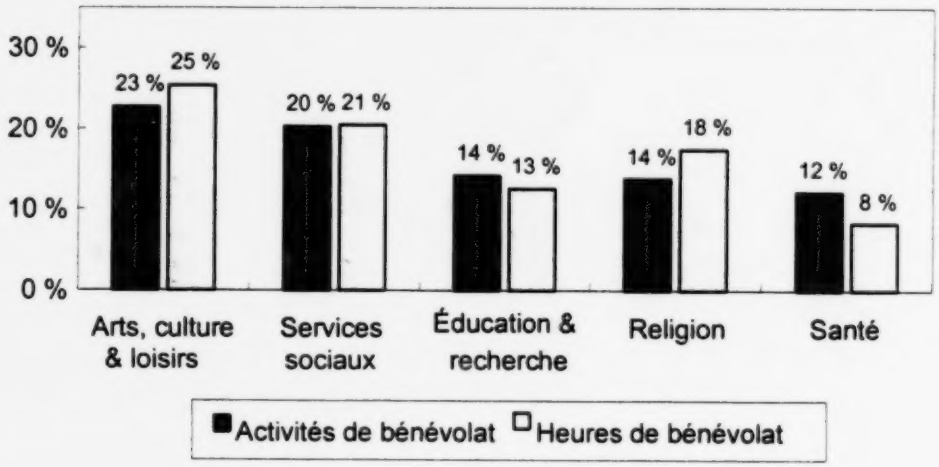


Figure A.7 : Pourcentage des Canadiens ayant fait du bénévolat au sein d'organismes de la santé, par province, 1997

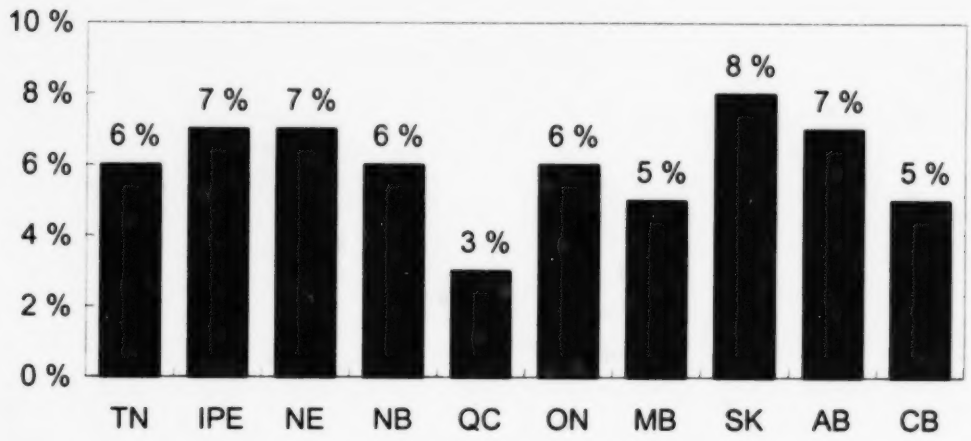


Figure A.8 : Moyenne annuelle des heures de bénévolat accordées aux organismes de la santé, par province, 1997

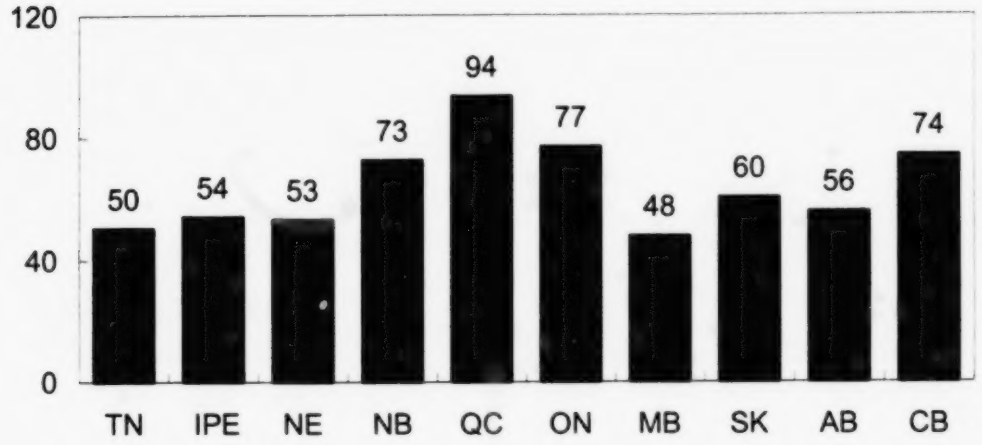


Figure A.9 : Concentration du soutien bénévole aux organismes bénévoles de la santé, 1997

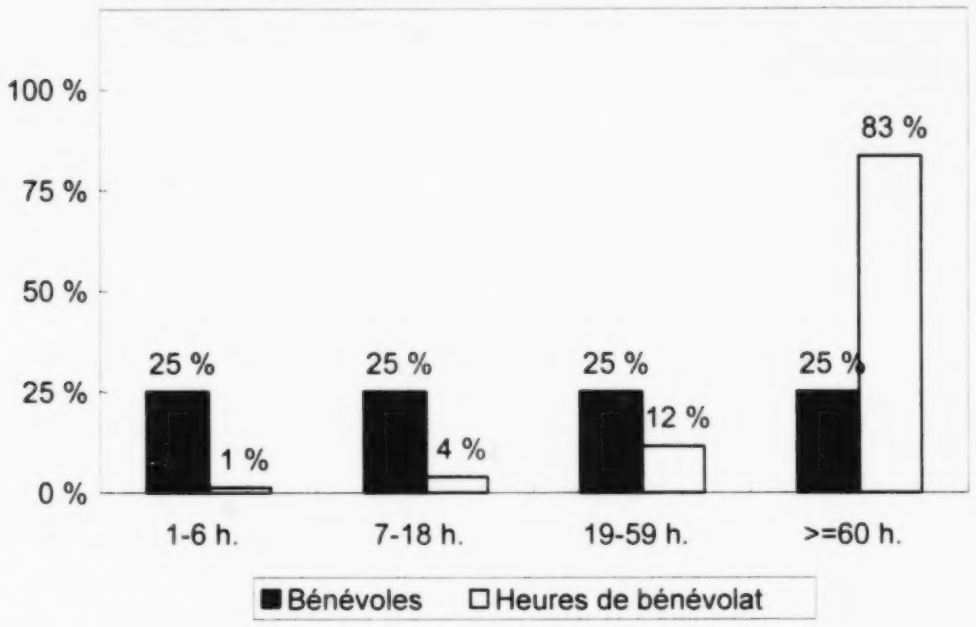


Figure A.10 : Pourcentage des activités bénévoles et des heures de bénévolat, par méthode de recrutement, organismes de la santé, 1997

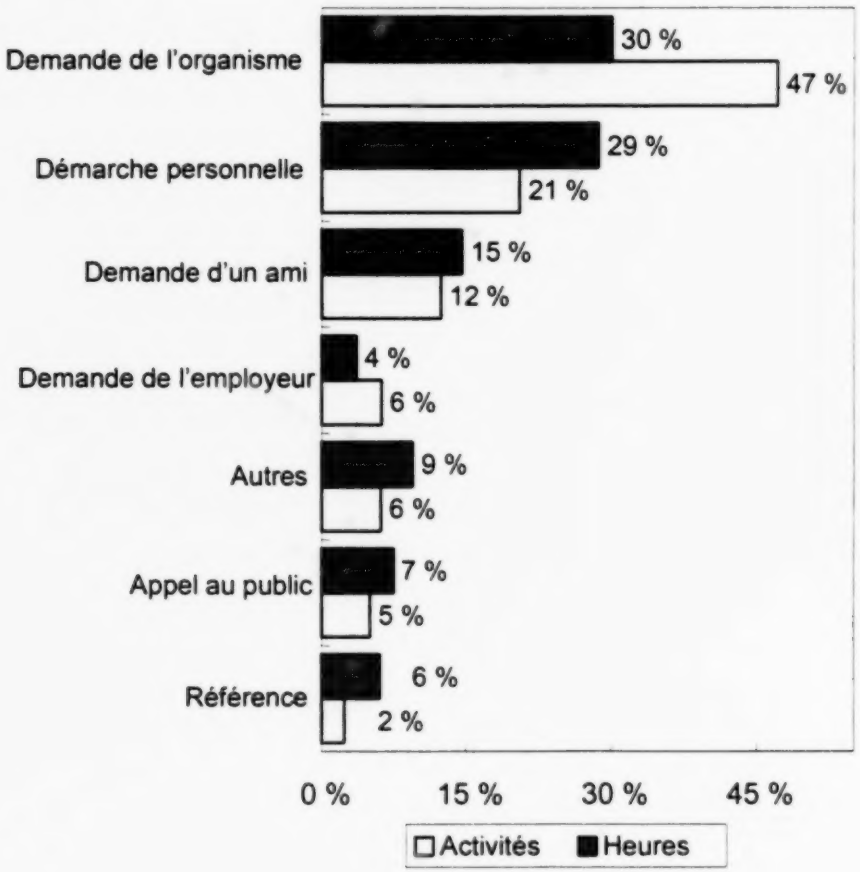


Tableau A.1 : Taux de donateurs, montant total des dons et moyenne des dons, selon la catégorie d'organismes, 1997

Catégorie d'organismes	Taux de donateurs (%)	Montant total des dons (M$)	Moyenne des dons ($)
Santé	**51,0**	**747,6**	**62**
Services sociaux	40,4	501,6	52
Religion	36,0	2 289,6	267
Éducation et recherche	18,8	183,6	41
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	14,2	262,1	78
Arts, culture et loisirs	9,7	113,6	49
Environnement	5,2	69,9	57
Organismes internationaux	4,8	114,3	101
Droit, défense des intérêts et politiques	3,0	45,2	64
Autres	1,7	19,1	46
Développement et logement	1,6	11,5	30
Associations professionnelles et syndicats	0,1	1,3	50
Toutes les catégories / Total des dons	78,0	4 435,2	239

Tableau A.7 : Soutien aux organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 1997

Catégorie d'organismes	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs réguliers
Santé	**100 %**	**51 %**
Services sociaux	56 %	40 %
Religion	46 %	36 %
Éducation et recherche	25 %	19 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	19 %	14 %
Arts, culture et loisirs	13 %	10 %
Environnement	8 %	5 %
Organismes internationaux	6 %	5 %
Droit, défense des intérêts et politiques	4 %	3 %
Développement et logement	2 %	2 %
Autres	2 %	2 %
Associations professionnelles et syndicats	0 %	0 %

Tableau A.8 : Répartition des montants donnés selon la catégorie d'organismes, donateurs du secteur de la santé et donateurs réguliers, 1997

Catégorie d'organismes	Donateurs du secteur de la santé	Donateurs réguliers
Santé	**21,7 %**	**16,9 %**
Religion	48,5 %	51,6 %
Services sociaux	10,9 %	11,3 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	5,5 %	5,9 %
Éducation et recherche	4,0 %	4,1 %
Arts, culture et loisirs	2,5 %	2,6 %
Organismes internationaux	2,3 %	2,6 %
Environnement	1,6 %	1,6 %
Droit, défense des intérêts et politiques	1,0 %	1,0 %
Autres	0,4 %	0,4 %
Développement et logement	0,3 %	0,3 %
Associations professionnelles et syndicats	0,03 %	0,03 %

Tableau A.11 : Taux de bénévolat et total et moyenne des heures de bénévolat, par catégorie d'organismes, 1997

Catégorie d'organismes	Taux de bénévolat (%)	Total des heures de bénévolat (en milliers)	Moyenne des heures de bénévolat
Santé	**5,4**	**92 564**	**73**
Arts, culture et loisirs	9,6	281 418	123
Services sociaux	9,0	227 433	106
Éducation et recherche	6,5	140 317	91
Religion	6,5	194 231	126
Développement et logement	2,4	57 062	98
Droit, défense des intérêts et politiques	1,5	33 466	94
Environnement	1,3	23 205	75
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	1,2	16 232	55
Associations professionnelles et syndicats	0,6	11 022	79
Organismes internationaux	0,4	6 979	69
Autres	0,4	7 558	88

Tableau A.18 : Taux de bénévolat par catégorie d'organismes, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 1997

Catégorie d'organismes	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles réguliers
Santé	**100,0 %**	**17,1 %**
Services sociaux	20,3 %	28,8 %
Arts, culture et loisirs	15,4 %	30,6 %
Religion	13,8 %	20,6 %
Éducation et recherche	7,9 %	20,7 %
Développement et logement	3,5 %	7,8 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	3,3 %	4,0 %
Droit, défense des intérêts et politiques	2,2 %	4,8 %
Environnement	2,2 %	4,1 %
Associations professionnelles et syndicats	1,2 %	1,9 %
Organismes internationaux	1,2 %	1,4 %
Autres	0,4 %	1,2 %

Tableau A.19 : Répartition des heures de bénévolat, bénévoles du secteur de la santé et bénévoles réguliers, 1997

Catégorie d'organismes	Bénévoles du secteur de la santé	Bénévoles réguliers
Santé	**49,0 %**	**8,3 %**
Services sociaux	14,2 %	20,5 %
Religion	13,8 %	17,5 %
Arts, culture et loisirs	10,3 %	25,4 %
Éducation et recherche	3,4 %	12,7 %
Développement et logement	1,8 %	5,1 %
Intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat	1,5 %	1,5 %
Droit, défense des intérêts et politiques	0,9 %	3,0 %
Environnement	0,8 %	2,1 %
Organismes internationaux	0,7 %	0,6 %
Associations professionnelles et syndicats	0,5 %	1,0 %
Autres	0,3 %	0,7 %

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Angela Febbraro
Michael Hall

le 15 avril 1999

Canadian Centre for Philanthropy
Le Centre canadien de philanthropie

© Le Centre canadien de philanthropie [MC]

Table des matières

Résumé **139**

Introduction **140**
Renseignements de base 140
L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation 141
La définition de la santé utilisée dans l'ENDBP 141

Le cadre de Santé Canada pour la définition de la santé, du secteur bénévole et du secteur bénévole de la santé **142**
Le système de classification des organisations de l'ENDBP 144
Les limites du système de classification des organisations de l'ENDBP 150
L'applicabilité du système de classification des organisations de l'ENDBP au cadre de travail de Santé Canada en matière de santé 151
Conclusion 152

Analyse des dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé **152**
Caractéristiques personnelles et économiques des donateurs du secteur de la santé 153
Est-il possible de donner davantage? 155
Concentration du soutien 156
Variations entre les provinces 156
Taille de la communauté 157
Rôle du facteur religieux 158
Méthodes utilisées pour faire des dons 159
Motifs des dons 160
Rôle des crédits d'impôt 161
Les liens entre les dons caritatifs et les autres formes de soutien 161
Comparaison des résultats relatifs aux donateurs et aux organismes du secteur de la santé et des résultats d'ensemble de l'ENDBP 162
Comparaisons entre les organismes de la santé et autres types d'organismes 166
Conclusion 167

Tableaux **168**

Bibliographie **174**

Annexe A - Tableaux des provinces **175**

Liste des tableaux

Tableau 1 168
Taux de donateurs, montant annuel moyen et médian des dons aux organismes de la santé, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997

Tableau 2 169
Pourcentage du revenu du ménage consacré aux dons en argent aux organismes de la santé, selon le niveau de revenu du ménage, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Tableau 3 169
Distribution de tous les dons en argent aux organismes de la santé, selon le montant des dons annuels, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Tableau 4 170
Taux de donateurs, montant moyen et médian des dons aux organismes de la santé, par province, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997

Tableau 5 170
Taux de donateurs et montant moyen et médian des dons aux organismes de la santé, selon la taille des communautés, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997

Tableau 6 171
Taux de donateurs selon l'appartenance à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et le degré d'engagement religieux, population canadienne âgée de 15 et plus, 1997

Tableau 7 171
Montant moyen des dons pendant les 12 mois de la période de référence, selon l'appartenance à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et le degré d'engagement religieux, population canadienne âgée de 15 et plus, 1997

Tableau 8 172
Méthodes utilisées pour faire des dons, en pourcentage du nombre total et de la valeur totale des dons faits aux organismes de la santé, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Tableau 9 172
Motifs des dons en argent aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Tableau 10 173
Pourcentage des donateurs qui demandent un crédit d'impôt et qui donneraient davantage si le crédit d'impôt était plus élevé, selon le montant des dons annuels aux organismes de la santé, donateurs canadiens âgées de 15 ans et plus, 1997

Tableau 11 173
Pourcentage de Canadiens âgés de 15 ans et plus engagés dans des activités de soutien, selon le montant des dons annuels en argent aux organismes de la santé, 1997

Résumé

L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP) est l'étude la plus exhaustive sur les dons caritatifs et le bénévolat au Canada menée jusqu'à ce jour. Cette étude, réalisée par Statistique Canada à l'automne de 1997 et fondée sur des entrevues avec plus de 18 000 Canadiens, fournit des renseignements importants sur le soutien financier que les Canadiens accordent à un éventail d'organismes bénévoles, y compris les organismes bénévoles de la santé. Ces renseignements sont d'importance critique pour le secteur bénévole de la santé de même que pour Santé Canada, notamment dans le contexte de compressions budgétaires.

Le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole de Santé Canada (1999) utilise une définition de la santé qui tient compte de la santé physique, mentale et émotionnelle de tous les Canadiens ainsi que d'une vaste gamme de facteurs déterminants de la santé (p. ex., facteurs physiques, génétiques, sociaux, économiques et culturels). En outre, suivant la définition du Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999), les organismes bénévoles de la santé sont des organisations qui s'occupent principalement des activités liées à la santé ou pour lesquelles la santé des Canadiens est le principal sujet d'intérêt. Le système de classification des organismes de la santé utilisé dans l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation s'inspire de la classification internationale des organismes sans but lucratif (ICNPO) élaborée par Salamon et Anheier (1997). Ce système de classification permet l'évaluation du soutien public aux organismes qui réalisent des activités directement liées à la santé (p. ex., les hôpitaux, les organismes de collecte de fonds pour la lutte contre la maladie, les cliniques).

Le présent rapport a deux grands objectifs. Premièrement, il évalue les implications de la classification actuelle des organismes de la santé utilisée dans le cadre de l'ENDBP pour l'interprétation des données recueillies au cours de celle-ci, compte tenu de la définition de la santé utilisée par Santé Canada et élaborée par le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999). Deuxièmement, il offre une analyse des données de l'ENDBP sur les dons aux organismes bénévoles de la santé et montre comment il est possible d'utiliser le système de classification actuel pour obtenir de l'information sur les dons aux organismes de la santé. Comme nous le verrons, et en dépit de certaines limites, le système actuel de classification des organismes utilisé dans le cadre de l'ENDBP permet de saisir l'ampleur et la nature du soutien public aux organisations qui sont considérées comme des organismes oeuvrant directement dans le secteur de la santé, suivant le cadre établi par Santé Canada.

Selon les résultats examinés dans ce rapport, les différences dans le soutien caritatif aux organismes de la santé tiennent à de nombreux facteurs, soit les caractéristiques personnelles et économiques, les variations entre les provinces et en fonction de la taille des communautés et les facteurs religieux. Par exemple, les dons caritatifs tendent à augmenter avec l'âge, le niveau de scolarité et le revenu. Il semble aussi que la religion joue un rôle pour ce qui est d'accroître la probabilité d'un don caritatif et le montant du don fait aux organismes de la santé. Selon les résultats, il y aurait également une concentration de l'aide chez les

importants donateurs et il serait possible d'accroître le soutien aux organismes de bienfaisance au moyen de meilleurs incitatifs fiscaux. En outre, les conclusions de l'étude montre l'efficacité des solliciteurs faisant du porte-à-porte pour ce qui est de recueillir des dons caritatifs auprès des donateurs du secteur de la santé. Parmi les facteurs de motivation qui incitent les donateurs à faire des dons aux organismes de la santé, mentionnons la compassion à l'égard des personnes dans le besoin et le désir de contribuer à une cause dans laquelle ils croient personnellement. Finalement, selon les résultats de l'étude, il y aurait des liens importants entre les diverses formes de soutien caritatif, par exemple le don caritatif, le bénévolat et la participation, chez les donateurs du secteur de la santé. En règle générale, les conclusions s'apparentent largement à celles examinées dans Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation.

Les renseignements sur les habitudes observées chez les Canadiens qui font des dons aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif du secteur de la santé sont essentiels au maintien de la croissance et à la durabilité du secteur bénévole de la santé. Les résultats présentés dans ce rapport peuvent contribuer à maintenir la capacité des organismes bénévoles de la santé d'offrir un large éventail de services pour la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens et des communautés canadiennes.

Introduction

Renseignements de base

De nombreux Canadiens fournissent une aide financière essentielle sous la forme de dons caritatifs et sous d'autres formes aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif du secteur bénévole. Ce soutien n'est pas moins essentiel pour les organismes de bienfaisance et sans but lucratif bénévoles qui oeuvrent dans le domaine de la santé. Le soutien financier que les organismes bénévoles de la santé reçoivent de la part des particuliers Canadiens constitue 16 % de leurs rentrées totales (Hall et Macpherson, 1997). Sans cette aide financière, les organismes bénévoles de la santé ne pourraient pas offrir une gamme de services aussi vaste qu'actuellement, y compris des services comme les visites aux personnes atteintes d'incapacité, les programmes de sensibilisation et d'éducation du public, la recherche dans l'amélioration des soins et des traitements, les groupes de soutien à la famille et d'autres services considérés comme essentiels pour la santé et le bien-être des Canadiens.

Santé Canada reconnaît les apports importants du secteur bénévole de la santé dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation du public, de la fourniture de biens et de services et du soutien aux activités de recherche. Étant donné la réorganisation récente du financement du système de santé canadien, la demande des programmes et des services offerts par le secteur bénévole de la santé a augmenté et l'importance des dons caritatifs s'est accrue. Cependant, nous ne savons que peu de choses sur la capacité de ce secteur à fournir les biens et les services nécessaires pour appuyer le système de santé de même que pour

contribuer au maintien et à la promotion de la santé des Canadiens. Un objectif important de ce rapport est de fournir au secteur bénévole de la santé des informations fiables au sujet des Canadiens qui contribuent financièrement aux organismes de bienfaisance de la santé au Canada et sur leurs habitudes de don.

L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation fournit des informations essentielles sur cette source importante de revenus et donne également un bon aperçu de la proportion de Canadiens qui appuient les organismes de bienfaisance et bénévoles, y compris les organismes bénévoles de la santé. Grâce à un profil détaillé des particuliers qui contribuent financièrement aux organismes caritatifs de la santé, il sera possible de renforcer la capacité du secteur bénévole de la santé d'assurer sa durabilité financière à long terme.

L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation

L'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation (ENDBP) est l'étude la plus exhaustive sur les dons caritatifs et le bénévolat au Canada réalisée jusqu'à ce jour. Elle s'inscrit dans le cadre d'un partenariat regroupant sept organismes (le Centre canadien de philanthropie, Patrimoine canadien, Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada, l'initiative de recherche sur le secteur sans but lucratif de la Kahanoff Foundation, Statistique Canada et Bénévoles Canada) et elle est basée sur des entrevues menées auprès de 18 301 Canadiens. L'ENDBP présente donc des perspectives importantes sur le soutien financier que les Canadiens accordent aux organismes bénévoles de la santé[1]. Réalisée par Statistique Canada à l'automne de 1997 à titre de supplément à l'Enquête sur la population active, l'ENDBP révèle, par exemple, que 51 % des Canadiens ont fait au moins un don en argent à des organismes de la santé au cours des 12 mois précédant l'enquête (c'est-à-dire entre le 1er novembre 1996 et le 31 octobre 1997) et que les dons étaient, en moyenne, de 62 $. L'aide financière ainsi accordée s'élève au total à 748 millions de dollars. Ce soutien financier est en train de devenir essentiel pour les organismes bénévoles du fait qu'ils sont appelés à jouer un rôle de plus en plus important dans le secteur de la santé dans un environnement marqué par de profondes des compressions budgétaires.

La définition de la santé utilisée dans l'ENDBP

Santé Canada, le partenaire à l'ENDBP le plus directement préoccupé par la question de la santé, définit la santé dans une perspective relativement large. Selon cette perception de la santé, qui est élaborée dans un rapport du Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, la santé touche à la qualité de vie de tous les Canadiens. Elle englobe la santé sociale, mentale, émotionnelle et physique et elle subit l'influence d'une vaste gamme de facteurs biologiques, sociaux, économiques et culturels. En outre, dans ce contexte, le concept de la santé comprend la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la protection de la santé, de même que le traitement de la maladie. Tenant compte de cette vision élargie de la santé, Santé Canada inclut un large éventail d'organismes dans le secteur bénévole de la santé. On

[1] La taille de l'échantillon, soit 18 301 répondants, reflète un taux de réponse de 78,4 %.

trouve parmi ceux-ci des organismes oeuvrant dans les domaines de la promotion du bien-être et de la santé, des soins primaires, des soins actifs et des soins aux malades chroniques. Ces organismes ont un champ d'activités très vaste, mais elles ont en commun un même centre d'intérêt principal, à savoir la santé des Canadiens.

Fidèle à cette définition de la santé et à cette perception du secteur bénévole de la santé, la classification des organismes de la santé utilisée dans l'ENDBP, fondée sur la classification internationale des organismes sans but lucratif (Salamon et Anheier, 1997), s'appuie également sur une conception relativement large de la santé. Ce système de classification définit également les organismes de la santé comme les organisations qui sont principalement ou directement actives dans le secteur de la santé. On trouve parmi celles-ci les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les organismes de la santé mentale de même que les organisations d'éducation du public dans les domaines de la santé et du bien-être.

Le présent rapport a deux grands objectifs. Premièrement, il évalue les implications de la classification actuelle des organismes de la santé utilisée dans le cadre de l'ENDBP pour l'interprétation des données recueillies au cours de celle-ci compte tenu de la définition de la santé utilisée par Santé Canada. Deuxièmement, il offre une analyse des données de l'ENDBP sur les dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé et il montre comment on peut utiliser le système de classification actuel pour obtenir de l'information sur les dons caritatifs aux organismes de la santé. Ainsi, nous pouvons avoir une certaine idée de l'ampleur et de la nature du soutien public aux organisations oeuvrant directement dans le secteur de la santé.

Ce rapport commence par une analyse détaillée des définitions de la santé, du secteur bénévole et du secteur bénévole de la santé adoptées par Santé Canada. Ensuite, le rapport fait l'analyse du système de classification organisationnelle utilisé dans l'ENDBP et il évalue son applicabilité à la définition de la santé utilisée à Santé Canada. Finalement, l'utilité de l'ENDBP et de son système de classification actuel est illustrée au moyen d'un certain nombre de tableaux qui montrent l'ampleur et la variation des dons caritatifs aux organismes de la santé, suivant la définition de l'ENDBP.

Le cadre de Santé Canada pour la définition de la santé, du secteur bénévole et du secteur bénévole de la santé

À Santé Canada, on donne à la définition de la santé un cadre relativement large (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999). Selon cette définition plutôt large, la santé comprend la qualité de vie de la population générale, des sous-populations et des particuliers. La santé est considérée comme un tout, englobant la santé générale des particuliers, y compris la santé sociale, mentale, émotionnelle et physique. La santé est perçue comme étant liée à la capacité de la personne d'exercer une influence sur sa propre santé, sur la santé des autres et sur le bien-être de la communauté. On considère que la santé est influencée par un large éventail de facteurs et par les interactions entre ces facteurs, y compris le bagage

biologique et génétique de l'individu, les habitudes d'hygiène personnelle et les capacités d'adaptation, l'environnement social et physique, le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, le niveau de scolarité, les réseaux de soutien social, le développement pendant la première enfance, le sexe, la culture et les services de santé. Finalement, la santé comprend la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la protection de la santé et les soins de qualité (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999).

Selon le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999), le secteur bénévole comprend les particuliers et les organismes dont les activités sont réalisées principalement, mais non exclusivement, par des bénévoles. Le secteur bénévole a comme caractéristique essentielle le désir des personnes de faire don de leur temps, de leurs connaissances, de leurs compétences et de ressources pour aider les autres, et il participe à des activités conçues pour aider les particuliers, les familles, les groupes et les communautés. On trouve parmi ces activités le service direct, l'échange d'information, la sensibilisation du public, l'éducation, le soutien, la collecte de fonds, la défense des intérêts, la recherche, le dialogue public et l'élaboration de politiques (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999).

Les organisations bénévoles comprennent, aux yeux du Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999), les organismes qui contribuent à l'organisation du bénévolat et des bénévoles dans le but de promouvoir un intérêt ou un objectif public commun, qui fournissent des services, un soutien et des ressources et qui participent au dialogue et à l'action. En outre, toujours dans l'optique du Groupe de travail, les organismes bénévoles ne cherchent pas les profits comme étant une fin en soit et ils sont comptables à leur clientèle ou à leurs membres par le truchement de structures de régie démocratiques et (ou) de cadres juridiques. Les organisations bénévoles peuvent être nationales, provinciales, territoriales, régionales, locales, populaires ou civiques, et elles peuvent avoir des relations financières dont elles sont comptables aux autorités gouvernementales, aux fondations, au secteur privé ou aux particuliers, mais elles sont toutefois considérées comme des entités autonomes et indépendantes (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999).

Selon le cadre de Santé Canada, le secteur bénévole de la santé comprend un large éventail d'organismes dans les secteurs de la promotion du bien-être et de la santé (p. ex., les établissements communautaires comme les écoles et les centres pour personnes âgées), des soins primaires (p. ex., les cliniques communautaires, les cabinets de médecin et les instituts de recherche), des soins actifs (p. ex., les urgences, les hôpitaux, les cliniques externes et les services de réadaptation) et des soins aux malades chroniques (p. ex., les soins à domicile, les soins médicaux prolongés en centre hospitalier). Ainsi, le secteur bénévole de la santé est un organe d'intégration du système de santé pour les Canadiens.

Le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999) a lui aussi sa définition des organismes bénévoles nationaux du secteur de la santé. Ces organismes sont définis comme ayant pour objectif principal la santé de la population canadienne. On les considère comme des organismes bénévoles de par leur nature et leur structure, notamment par la participation de bénévoles à la régie interne, à l'exécution des programmes et (ou) à la prestation des

services. En outre, ils offrent une perspective nationale et ils réalisent des activités qui sont principalement d'envergure nationale. Ainsi, les associations professionnelles, qui sont avant tout au service de leurs membres et qui les représentent, sont exclues de cette définition (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999).

Les organismes bénévoles nationaux du secteur de la santé diffèrent du point de vue de la taille, de la portée, des origines et des centres d'intérêt. Cependant, ils ont tous une grande capacité de mobilisation des bénévoles et ils consacrent chaque année des millions d'heures de bénévolat au profit de la santé des Canadiens (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999). Ensemble, les organismes bénévoles nationaux dans le secteur de la santé contribuent à la santé de la population en mettant en lumière de nombreux nouveaux dossiers : peuples autochtones, adolescents, enfants, consommateurs, invalidités, environnement, bonne forme et habitudes de vie active, familles, protection de la santé, droits de la personne, maladie, santé internationale, multiculturalisme, personnes âgées, recherche et politiques, sécurité et prévention des accidents, développement social et femmes (Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole, 1999).

Le système de classification des organisations de l'ENDBP

Le système de classification de l'ENDBP s'inspire de la classification internationale des organismes sans but lucratif élaborée par Salamon et Anheier (1997) pour le programme comparatif du secteur sans but lucratif de la Johns Hopkins University (*Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*). Un grand avantage du système de classification internationale tient au fait qu'il est largement utilisé par différents pays et qu'il permet ainsi les comparaisons internationales. Le programme comparatif du secteur sans but lucratif de la Johns Hopkins University porte actuelle sur l'examen des secteurs sans but lucratif dans 22 pays[2] (Salamon, Anheier et coll., 1998). Ce système de classification internationale fait la distinction entre les organismes du secteur bénévole d'après les activités de l'organisation. Plus précisément, les organismes sont classés d'après le type *principal* de biens ou de services offerts par chacun (p. ex., santé, services sociaux, environnement). Le système de classification internationale et l'ENDBP répartissent le secteur bénévole en 12 grands groupes d'activité (y compris une catégorie fourre-tout * Non classés ailleurs +), qui sont ensuite divisés en 24 sous-groupes. Les principaux groupes et sous-groupes sont :

1. *Culture et loisirs* : Sont comprises les organisations et les activités dans les domaines généraux et spécialisés de la culture et des loisirs. Ce groupe contient trois sous-groupes : (1) la culture et les arts (médias et communications; arts visuels, architecture, art de la céramique; art de la scène; sociétés historiques, littéraires et humanistes; musées; zoos et aquariums); (2) les sports; (3) les autres clubs récréatifs et sociaux (clubs philanthropiques et clubs récréatifs et sociaux).
2. *Éducation et recherche* : Sont comprises les organisations et les activités axées

[2] Afrique du Sud, Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Colombie, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Japon, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Pérou, Pologne, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Slovaquie et Venezuela.

sur l'administration, la fourniture, la promotion, la réalisation, le soutien de l'éducation et de la recherche et la prestation de services à l'éducation et à la recherche. Ce groupe contient quatre sous-groupes : (1) établissements d'enseignement primaire et secondaire; (2) établissements d'enseignement postsecondaire; (3) organisations participant à d'autres activités éducatives (éducation des adultes et éducation permanente, écoles professionnelles et techniques); (4) organisations oeuvrant dans le domaine de la recherche (recherche médicale, science et technologie et sciences sociales).

3. *Santé* : Sont comprises les organisations participant à des activités liées à la santé, fournissant des soins, offrant des services généraux et spécialisés, administrant les services de santé et fournissant des services de soutien à la santé. Ce groupe contient quatre sous-groupes : (1) hôpitaux et centres de réadaptation; (2) maisons de soins infirmiers; (3) services de santé mentale et d'intervention en situation de crise; (4) autres services de santé (éducation du public en matière de santé et de bien-être, traitements en clinique externe, services médicaux de réadaptation et services médicaux d'urgence).

4. *Services sociaux* : Sont compris les organisations et les établissements de prestation de services personnels et sociaux destinés à une communauté ou à une population cible. Cette catégorie rassemble trois sous-groupes : (1) services sociaux (y compris les organisations offrant des services destinés aux enfants, aux jeunes, aux familles, aux personnes handicapées et aux personnes âgées et les services d'entraide et les autres services sociaux personnels; (2) secours d'urgence; (3) soutien et maintien du revenu.

5. *Environnement* : Sont comprises les organisations de promotion et de prestation de services dans les domaines de la préservation de l'environnement, de la lutte contre la pollution et de la prévention de la pollution, de l'éducation dans le domaine de l'environnement et de la salubrité de l'environnement et de la protection des animaux. Deux sous-groupes sont inclus dans cette catégorie, soit l'environnement et la protection des animaux.

6. *Développement et logement* : Sont comprises les organisations qui font la promotion de programmes et qui fournissent des services visant à améliorer les communautés et à promouvoir le bien-être économique et social collectif. Cette catégorie contient trois sous-groupes : (1) développement économique, social et communautaire (y compris les organismes communautaires et locaux); (2) logement; (3) l'emploi et la formation.

7. *Droit, défense des intérêts et politique* : Sont compris les organismes et les groupes qui travaillent à la protection et à la promotion des droits civiques et autres, qui défendent les intérêts sociaux et politiques de clientèles générales ou spéciales, qui offrent des services juridiques et font la promotion de la sécurité publique. Trois sous-groupes sont inclus dans cette catégorie: (1) organisations civiques et de défense d'intérêts; (2) droit et services juridiques; (3) organisations politiques.

8. *Intermédiaires philanthropiques et bénévolat* : Sont comprises les organisations philanthropiques et les organisations de promotion de la bienfaisance et des activités de bienfaisance, y compris les fondations offrant des subventions, les organisations de promotion et de soutien du bénévolat et les organismes de collecte de fonds.

9. *Organisations à vocation internationale* : Sont compris les organisations qui font la promotion de l'entente culturelle entre les peuples de divers pays et ayant des bagages historiques différents et celles fournissant des secours en situation de crise et faisant la promotion du développement et du bien-être à l'étranger.

10. *Religion* : Sont comprises les organisations qui font la promotion de croyances religieuses et assurent des services et des rituels religieux : églises, mosquées, synagogues, temples, sanctuaires, séminaires, monastères et établissement religieux similaires, ainsi que les organismes et des groupes auxiliaires apparentés.

11. *Associations de gens d'affaires et professionnelles* : Sont comprises les organisations assurant des fonctions de promotion, de réglementation et de protection des intérêts des gens d'affaires, des professionnels et des travailleurs.

12. *Groupes non classés ailleurs.*

Il est important de signaler que chaque organisation reçoit un code unique reflétant un but unique et que ce système de classification n'utilise pas de codes polyvalents (p. ex., un organisme comme l'Armée du Salut ne pourrait recevoir un code pour ses activités dans les domaines de la religion, des services sociaux et de la santé). L'enquête ne permet pas d'identifier les organisations qui fournissent des services de santé de première ligne en tant qu'activité secondaire (p. ex., un refuge pour les sans-abris offrant des services de santé restreints). Il peut être possible de revoir les codes de l'ENDBP pour en tirer des codes multiples, mais il est peu probable que l'on obtienne ainsi des renseignements additionnels suffisants justifiant cet effort. Du fait que l'on n'a pas demandé aux répondants d'indiquer les buts multiples de l'organisation qu'ils avaient mentionnée, il est probable que leur réponse ne fasse état que du seul but principal de celle-ci.

Statistique Canada nous a signalé que la Société canadienne du cancer, la Fondation des maladies du coeur et d'autres organismes du genre ont été classés dans la catégorie *Santé* et non dans la catégorie *Éducation et recherche* parce que ces organisations ne font pas seulement de la recherche (c'est-à-dire qu'elles font la promotion de la santé, réalisent des programmes d'éducation en matière de santé, etc.) et que l'on a jugé plus approprié de les inscrire dans cette catégorie. Le tableau ci-dessous expose en détail la structure de codage utilisée par Statistique Canada, de même que dans l'ENDBP.

Culture et récréation		
Télévision publique	1110	médias et communications
Sports - Ligues mineures	1210	clubs sportifs
Club Kinsmen	1310	clubs philanthropiques
Chevaliers de Colomb	1310	clubs philanthropiques
Club Lions	1310	clubs philanthropiques
Ordre/Loge maçonnique	1310	clubs philanthropique
Club Optimiste	1310	clubs philanthropiques
Club Rotary	1310	clubs philanthropiques
Légion royale canadienne	1310	clubs philanthropiques
Shriners	1310	clubs philanthropiques
Éducation et recherche		
Écoles	2100	enseignement élémentaire, primaire et
élémentaires/secondaires	2100	secondaire
Écoles		enseignement élémentaire, primaire et
élémentaires/secondaires	2110	secondaire
Activités extrascolaires	2110	
Association parents-	2110	enseignement élémentaire, primaire et
enseignants	2210	secondaire
École/Conseil scolaire		enseignement élémentaire, primaire et
Conseil étudiant		secondaire
Universités/Collèges		enseignement élémentaire, primaire et secondaire
		enseignement supérieur
Santé		
Hôpital	3110	hôpitaux
SIDA	3400	autres services de santé
Société d'arthrite	3400	autres services de santé
Institut national canadien pour	3400	autres services de santé
les aveugles	3400	autres services de santé
Société du cancer	3400	autres services de santé
Paralysie cérébrale	3400	autres services de santé
Fibrose cystique	3400	autres services de santé
Association des diabétiques	3400	autres services de santé
Fondation des maladies du	3400	autres services de santé
coeur		
Société du rein	3400	autres services de santé
Secours aux lépreux	3400	autres services de santé
Fondation du foie	3400	autres services de santé
Association pulmonaire	3400	autres services de santé

Maison Michel Sarrazin	3400	autres services de santé
Sclérose en plaques	3400	autres services de santé
Dystrophie musculaire	3400	autres services de santé
Leucan	3440	services médicaux d'urgence
Maison De Lauberivière	3440	services médicaux d'urgence
Ambulance Saint-Jeanh	3440	services médicaux d'urgence
Services sociaux		
Armée du Salut	4000	services sociaux
Care Canada	4100	services sociaux
Christian Children's Fund	4100	services sociaux
Covenant House	4100	services sociaux
Plan de parrainage	4100	aide à l'enfance
Fondation canadienne rêves d'enfants	4110	services sociaux
Grands Frères	4120	services aux jeunes et aide à la jeunesse
Scouts et guides	4120	services aux jeunes et aide à la jeunesse
YMCA/YWCA	4120	services aux jeunes et aide à la jeunesse
Timbre de Pâques	4140	services aux handicapés
Amputés de guerre	4140	services aux handicapés
Alcooliques Anonymes	4160	auto-assistance et autres services sociaux personnels
Red River Fund	4210	prévention et intervention en cas de désastre/d'urgence
Pompiers volontaires	4210	prévention et intervention en cas de désastre/d'urgence
Société canadienne pour nourrir les enfants	4310	aide matérielle
Popotes roulantes	4310	aide matérielle
Saint-Vincent-de-Paul	4310	aide matérielle
Accueil Bonneau inc.	4320	soutien et maintien du revenu
Environnement		
Société canadienne pour la conservation de la nature	5120	conservation des ressources naturelles
Guignlee	5120	protection des animaux
Société de protection des animaux	5120	protection des animaux
Canards Illimités	5220	conservation et protection de la faune
Fonds mondial pour la nature	5220	conservation et protection de la faune
Développement et logement		
Chambre de commerce	6120	développement économique, social et communautaire

Loi, plaidoyer et politiques		
Jewish Federation	7130	organisations de citoyens et de défense des droits
Parent-secours	7220	services légaux et juridiques
Surveillance de quartier	7220	organisations communautaires et locales
Intermédiaires philanthropiques et volontarisme		
Centraide	8100	organisme collecteur de fonds
United Jewish Appeal	8130	intermédiaires philanthropiques et promotion du bénévolat
International		
Oxfam Canada	9120	activités internationales
Vision mondiale	9120	activités internationales
Société de la Croix-Rouge	9130	secours en cas de catastrophe - international
UNICEF	9130	secours en cas de catastrophe - international
Amnistie Internationale	9140	droits de la personne - international
Religion		
Église/synagogue/mosquée	10110	congrégations
Groupe de femmes associé à une église/synagogue/mosquée	10120	associations de congrégations

Les limites du système de classification des organisations de l'ENDBP

On constate deux limites fondamentales de l'ENDBP sur le plan de sa pertinence pour l'étude des dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé. Premièrement, il y a la façon dont a été recueillie l'information sur les organismes auxquels les Canadiens ont fait des dons en argent. Deuxièmement, il y a la méthode de classification des données sur les organismes.

Les données de l'ENDBP sur les organismes bénévoles sont limitées, en partie, par la façon dont on a demandé aux participants à l'enquête de fournir des renseignements sur les organisations auxquelles ils ont fait des dons. L'ENDBP a été conçue pour recueillir des informations sur la sphère d'activité principale de l'organisation (p. ex., santé, services sociaux, loisirs) et non sur les autres activités auxquelles l'organisme pourrait prendre part. De nombreuses organisations peuvent participer à des activités qui ne sont pas

principalement axées sur la santé, mais qui pourraient avoir une incidence secondaire sur la santé. Par exemple, dans le cas d'un programme de formation professionnelle, il est probable que l'accent portera principalement sur l'obtention d'un emploi pour les participants, et l'obtention d'un emploi pourrait ensuite avoir des répercussions à long terme sur la santé des participants. Cependant, dans le cadre de l'ENDBP, un programme ou une organisation du genre ne serait pas inclus dans la catégorie de la santé.

Les données organisationnelles de l'ENDBP se limitent au nom de l'organisation et, dans certains cas, aux réponses à la question * Que fait cette organisation? + Les répondants à l'enquête devaient fournir de l'information sur les activités de l'organisation seulement dans le cas des organismes relativement peu connus. L'ENDBP contenait une liste précodée des noms des 32 principaux organismes collecteurs de fonds au Canada (ou des 28 principaux organismes collecteurs de fonds au Québec). Si les répondants donnaient le nom d'un organisme précodé, ils n'avaient pas à fournir de renseignements sur les activités de celui-ci parce que cette information était déjà connue. Dans les cas où les répondants étaient invités à fournir des renseignements sur les activités de l'organisme, les interviewers de Statistique Canada avaient comme directive de recueillir des informations détaillées sur le secteur dans lequel l'organisation en question fournissait des services (p. ex., si une personne faisait un don au groupe * The Ladies Auxiliary of St. Patrick's Home + et indiquait que ce groupe * recueille des fonds et organise des activités sociales pour aider à la prestation des soins et au soutien des personnes âgées +, les interviewers devaient saisir le plus de renseignements possibles et non pas indiquer simplement que l'organisation * recueille des fonds et organise des activités sociales +).

Par conséquent, deux types d'information sur les organismes bénévoles forment la base de la classification organisationnelle. Si l'organisation est un important organisme collecteur de fonds déjà connu, la classification se fonde sur ce qui est généralement connu au sujet de son principal secteur d'activité. Si l'organisation est relativement peu connue, sa classification se fonde sur l'information recueillie auprès des répondants concernant les activités de celle-ci. Il est important de noter que les répondants ont fourni des renseignements sur les principales activités de l'organisation (p. ex., défense de l'environnement, services récréatifs, soutien du revenu) et non sur les répercussions sur la santé de ces activités. Il est donc possible que l'ENBDP n'ait pas permis de recueillir de l'information sur les activités liées à la santé de certaines organisations.

L'applicabilité du système de classification des organisations de l'ENDBP au cadre de travail de Santé Canada en matière de santé

La classification internationale des organismes sans but lucratif, sur laquelle se fonde le système de classification organisationnelle de l'ENDBP, considère comme des organismes de la santé les hôpitaux et les centres de réadaptation, les centres de soins infirmiers, les centres de santé mentale et d'intervention en situation de crise et les autres services de santé (y compris l'éducation du public en matière de santé et de bien-être, le traitement en clinique externe, les services médicaux de réadaptation et les services médicaux d'urgence). Ainsi,

l'ENDBP permet de saisir l'ampleur du soutien fourni par le public aux organismes qui se consacrent principalement aux activités directement liées à la santé (p. ex., les hôpitaux, les organismes collecteurs de fonds, les cliniques). À cet égard, l'ENDBP est conforme au cadre de la santé mis de l'avant par le Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999) de Santé Canada. Même si le Groupe de travail mixte considère que la santé est déterminée par une vaste gamme de facteurs (p. ex., des facteurs sociaux, physiques, économiques et culturels), les organismes bénévoles de la santé doivent être principalement axés sur la santé directe des particuliers, plutôt que sur les déterminants indirects de la santé, comme l'emploi par exemple. Encore une fois, cette vision correspond aux caractéristiques des organismes de la santé tels qu'ils sont définis dans la classification internationale des organismes sans but lucratif et utilisés dans l'ENDBP. En outre, à l'instar du cadre de Santé Canada, la classification internationale des organismes sans but lucratif suppose également que le secteur bénévole prend part aux activités d'aide à autrui, par exemple les services directs, l'échange d'information, l'éducation du public, la collecte de fonds et la défense des intérêts[3].

Conclusion

Malgré les limites susmentionnées, l'ENDBP peut fournir des informations importantes sur le soutien financier offert par les Canadiens au secteur de la santé par le truchement des organismes bénévoles de la santé. On peut s'en servir, entre autres, pour connaître l'ampleur de ce soutien, la façon dont ce soutien varie d'après suivant des caractéristiques démographiques clés, de même que pour mieux comprendre les raisons qui motivent les dons caritatifs et les obstacles qui s'y opposent.

Analyse des dons caritatifs aux organismes bénévoles de la santé

Comme il est fait mention dans le document intitulé *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation* (Hall, Knighton, Reed, Bussière, McRae et Bowen, 1998), 18,6 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus (78 % de la population) ont apporté un soutien financier direct aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif, pour un montant total de 4,44 milliards de dollars. En moyenne, les donateurs qui ont fait des dons en argent ont donné 239 $ au cours de la période de douze mois visée par l'enquête.

Par comparaison, 12,1 millions de Canadiens (ou 51 % de la population) ont fait des dons aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif dans le secteur de la santé. Dans le présent rapport, nous utilisons l'expression *donateur du secteur de la santé* pour désigner les Canadiens qui ont fait un don à des organismes de la santé. En plus de contribuer

[3] En dépit de ces similitudes, il y a quelques différences entre l'approche suivie dans l'ENDBP et le cadre de Santé Canada. Par exemple, la classification internationale des organismes sans but lucratif (et par conséquent l'ENDBP) ne suppose pas que les activités des organismes bénévoles sont exécutés principalement par des bénévoles.

financièrement aux organismes de la santé, les donateurs canadiens au secteur de la santé peuvent avoir également contribué à un éventail d'autres organismes oeuvrant dans d'autres secteurs. Ainsi, dans le présent rapport, les donateurs canadiens au secteur de la santé comprennent les donateurs qui ont fait un don *uniquement* à des organismes de la santé de même que ceux qui ont fait un don à des organismes de la santé *et* à d'autres types d'organisations[4]. En moyenne, les donateurs canadiens au secteur de la santé ont offert 62 $ aux organismes de la santé au cours de la période de 12 mois couverte par l'étude, soit un montant total de 748 millions de dollars.

Dans les sections suivantes, nous démontrons l'utilité de l'ENDBP et de son système de classification actuel au moyen d'une série de tableaux qui montrent l'ampleur et les écarts dans les dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif du secteur de la santé (voir les tableaux 1 à 11). Les sujets traités comprennent les caractéristiques personnelles et économiques des donateurs du secteur de la santé; la concentration du soutien caritatif; les variations entre les provinces et suivant la taille des communautés; le rôle de la religion; les façons de faire des dons; les motifs des dons en argent; le rôle des crédits d'impôt; les liens entre les dons caritatifs aux organismes de la santé et les autres formes de soutien. Des comparaisons avec les données globales sur les dons caritatifs contenues dans le document *Canadiens dévoués* (Hall et coll., 1998) sont également présentées. Finalement, nous esquissons brièvement quelques comparaisons entre les organismes de la santé et d'autres organisations.

Caractéristiques personnelles et économiques des donateurs du secteur de la santé

La fréquence des dons caritatifs et le montant donné aux organismes de la santé varient entre les groupes démographiques au sein de la population canadienne. La fréquence des dons caritatifs aux organismes de la santé, ou le *taux de donateurs du secteur de la santé*, est la proportion de particuliers au sein de la population canadienne, âgés de 15 ans et plus, qui ont fait des dons en argent aux organismes de la santé au cours de la période de 12 mois couverte par l'enquête, c'est-à-dire l'année de référence. Le montant des dons faits aux organismes de la santé est mesuré d'après la *moyenne* et d'après la *médiane* des dons faits au cours de l'année de référence[5]. Il importe de signaler que la décision de faire des dons caritatifs, que ce soit à des organismes de la santé ou à tout autre genre d'organisation, dépend de divers facteurs, notamment la capacité financière du donateur, les valeurs et les attitudes rattachées au don et les occasions de faire un don. Ainsi, il se peut que les différences dans les taux de donateurs ou les montants des dons caritatifs ne soient pas le reflet de variations de l'esprit de générosité ou d'autres facteurs altruistes internes, mais bien plutôt de variations sur le plan des ressources financières ou des occasions de don, ou encore d'autres facteurs.

[4] Le nombre de donateurs canadiens qui ont fait un don uniquement à des organismes de la santé s'élève à 1,7 million (soit 7 % de la population âgée de 15 ans et plus).

[5] La médiane est le * mi-chemin + statistique dans une distribution de valeurs et elle donne une mesure du montant donné par le donateur * type +. Dans ce cas, la moitié de tous les donateurs du secteur de la santé ont donné moins que la valeur médiane et la moitié des donateurs ont donné plus que la valeur médiane. Contrairement à la moyenne, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes ni par les valeurs aberrantes.

Le tableau 1 montre que la proportion de Canadiens qui font des dons caritatifs à des organismes de bienfaisance et sans but lucratif dans le secteur de la santé tend à augmenter avec l'âge. Ainsi, juste un peu plus du quart (27 %) des Canadiens dans le groupe d'âges des 15 à 24 ans ont fait des dons caritatifs à des organismes de la santé. Ce pourcentage atteint presque la moitié (48 %) dans le groupe d'âges des 25 à 34 ans et il augmente encore pour dépasser la moitié (56 %) chez les personnes âgées de 35 à 44 ans. De plus, 60 % des personnes de 45 à 54 ans et 61 % de celles de 55 à 64 ans ont fait des dons caritatifs aux organismes de la santé, tandis que chez les personnes de 65 ans et plus le taux fléchissait à 57 %, demeurant quant même assez élevé. La valeur des dons consentis par les donateurs du secteur de la santé a aussi tendance à progresser avec l'âge, passant d'un don annuel moyen de 38 $ chez les donateurs de 15 à 24 ans à 72 $ chez les personnes de 65 ans et plus. En outre, chez les donateurs de plus de 35 ans, on constate un écart important dans la valeur moyenne des dons (de 64 à 72 $) comparativement à la situation chez les donateurs de moins de 35 ans (de 38 à 42 $).

Les femmes (55 %) sont un peu plus portées que les hommes (47 %) à faire une contribution financière aux organismes de la santé[6]. La valeur moyenne des dons était du même ordre chez les femmes et chez les hommes (62 $) tandis que la valeur médiane des dons diffère légèrement (25 $ et 22 $ respectivement).

L'état civil semble également influer sur les dons caritatifs aux organismes de la santé. En effet, les Canadiens mariés (y compris ceux vivant en union de fait) étaient davantage susceptibles de faire des dons caritatifs aux organismes de la santé (60 %) que les personnes célibataires (32 %), séparées ou divorcées (44 %) ou veuves (51 %). Cependant, les célibataires ont eu tendance à donner des montants plus élevés pendant l'année de référence (79 $ en moyenne) que les personnes veuves (72 $), mariées (58 $) ou séparées ou divorcées (53 $). Cependant, si la médiane est prise comme l'indicateur du montant des dons, les personnes veuves ont tendance à donner les montants les plus élevés (38 $) aux organismes de la santé, comparativement aux personnes mariées (25 $), séparées ou divorcées (25 $) ou célibataires (20 $).

En règle générale, la probabilité de dons en argent aux organismes de la santé augmente avec le niveau de scolarité, passant de 43 % chez les personnes n'ayant pas terminé des études secondaires à 64 % chez les détenteurs d'un diplôme universitaire. Il semble également que le montant des dons aux organismes de la santé varie suivant le niveau de scolarité. Pendant l'année de référence, le montant moyen des dons variait de 41 $ chez les personnes n'ayant pas terminé des études secondaires à 118 $ chez les détenteurs d'un diplôme universitaire. De même, si l'on considère la médiane comme la mesure du montant donné, les dons varient de 18 $ chez les donateurs n'ayant pas terminé des études secondaires à 35 $ chez les détenteurs

[6] Par ailleurs, 55 % des donateurs du secteur de la santé étaient des femmes (lesquelles forment 51 % de la population âgée de 15 ans et plus) et 45 % des donateurs étaient des hommes (lesquels constituent 49 % de la population âgée de 15 ans et plus).

d'un diplôme universitaire.

Comme le montre le tableau 1, les Canadiens ayant un emploi ont plus tendance (55 %) à faire des dons à des organismes de bienfaisance et sans but lucratif dans le secteur de la santé que les Canadiens qui sont sans emploi (39 %) et qui ne font pas partie de la population active (46 %)[7]. Le montant des dons aux organismes de la santé varie également suivant la situation d'activité. Les personnes employées (64 $), notamment celles occupant un poste à temps partiel (79 $), ont tendance à faire des dons annuels moyens plus élevés que ceux effectués par les chômeurs (24 $), tandis que les personnes n'appartenant pas à la population active ont fait, en moyenne, des dons (61 $), soit du même ordre que ceux faits par les personnes employées. Cependant, si la médiane est prise comme indicateur du montant donné, on constate que les personnes employées, les personnes occupant un emploi à temps plein et les personnes n'appartenant pas à la population active ont toutes donné le même montant (25 $), plus élevé en comparaison des dons faits par les personnes occupant un emploi à temps partiel (20 $) et par les personnes sans emploi (10 $).

Est-il possible de donner davantage?

Il est probable que la capacité de faire des dons en argent aux organismes de la santé soit liée au niveau de revenu disponible du ménage. Comme le montre le tableau 1, la probabilité d'un don à des organismes de la santé et le montant donné augmentent avec le niveau de revenu du ménage. Ainsi, 34 % des personnes ayant un revenu du ménage brut (avant impôt) inférieur à 20 000 $ ont fait des dons aux organismes de la santé et cette proportion double (69 %) chez les personnes dont le revenu du ménage brut est de 80 000 $ ou plus. En outre, les dons annuels moyens chez les personnes du groupe ayant le niveau de revenu le plus élevé (127 $) sont plus de trois fois supérieurs aux dons moyens effectués par les personnes appartenant aux deux groupes ayant les niveaux de revenu les plus faibles (de 40 à 41 $). On observe une tendance similaire, quoique légèrement moins marquée, lorsqu'on examine le valeur médiane des dons aux organismes de la santé.

Les donateurs du secteur de la santé dont les revenus du ménage sont plus élevés ont tendance à donner des *montant* plus élevés que les donateurs dont les revenus du ménage sont plus faibles, mais le montant de leurs dons ne représente pas une *proportion* plus grande du revenu du ménage avant impôt. Comme le montre le tableau 2, lorsque les dons annuels d'un donateur sont exprimés en pourcentage du revenu du ménage avant impôt (brut), les montants donnés par les donateurs ayant les niveaux du revenu du ménage les plus faibles représentent une proportion plus grande du revenu que chez les donateurs ayant les revenus du ménage les plus élevés. Ainsi, les donateurs du secteur de la santé dont le revenu du ménage brut est de 20 000 $ ou moins ont donné 0,47 % de leur revenu, tandis que les donateurs dont le revenu du ménage brut est de 80 000 $ ou plus n'ont donné que 0,12 % de leur revenu du ménage.

[7] La situation dactivité de chaque répondant est : employé (occupant un emploi), sans emploi (à la recherche d'un emploi) ou n'appartenant pas à la population active (n'occupe pas un emploi et n'est pas à la recherche d'un emploi).

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les donateurs du secteur de la santé ont donné, en moyenne, 62 $ aux organismes de la santé pendant l'année de référence. Cependant, étant donné que la gamme des dons aux organismes de la santé est très étendue, le montant du don annuel moyen, qui peut être influencé par des valeurs extrêmes, ne pourrait donner qu'une image incomplète des contributions financières aux organismes de la santé. La valeur médiane est une autre moyen de mesurer le don typique versé aux organismes de la santé et elle n'est pas influencée par les valeurs extrêmes. Toutefois, même la valeur médiane des dons (25 $) ne reflète pas avec justesse le montant typique des dons aux organismes de la santé. En fait, comme le montre le tableau 3, une grande proportion des donateurs ont offert des dons relativement petits tandis qu'une petite proportion des donateurs ont versé des montants relativement élevés.

Concentration du soutien

Dans le tableau 3, les donateurs du secteur de la santé sont groupés suivant la taille des contributions annuelles totales aux organismes de la santé. Les donateurs sont répartis en trois groupes de taille égale d'après le montant total des dons versés aux organismes de la santé pendant l'année de référence. Ainsi, les donateurs du premier tiers ont donné 13 $ ou moins, ceux du deuxième tiers entre 14 et 39 $ et ceux du troisième tiers 40 $ ou plus. Comme le montre le tableau 3, une proportion relativement petite des donateurs a versé un pourcentage disproportionnellement élevé de la totalité des dons en argent faits aux organismes de la santé. Le tiers des donateurs qui ont donné les montants les plus élevés (40 $ ou plus) ont versé 84 % de la valeur totale des dons en argent faits aux organismes de la santé. Les autres deux tiers des donateurs, ceux dont les dons annuels aux organismes de la santé sont inférieurs à 40 $, ont fourni le reste, soit 16 % de la valeur totale des dons versés aux organismes de la santé.

Variations entre les provinces

Les variations entre les provinces dans les dons en argent aux organismes sans but lucratif et de bienfaisance sont généralement très marquées et elles reflètent probablement les différences au niveau de la situation économique, des valeurs sociales et des conventions culturelles dans les différentes régions du Canada. Il en est de même pour les dons en argent aux organismes de la santé. Comme le montre le tableau 4, on observe les taux de donateurs du secteur de la santé les plus élevés dans les provinces de l'Atlantique, où Terre-Neuve arrive au premier rang avec un taux de 70 %, suivie de l'Île-du-Prince-Édouard (69 %), de la Nouvelle-Écosse (63 %) et du Nouveau-Brunswick (62 %). La Saskatchewan suit de près les provinces de l'Atlantique avec un taux de donateurs du secteur de la santé de 60 %.

C'est dans les provinces de l'Atlantique que les taux de donateurs du secteur de la santé sont les plus élevés, mais les donateurs, dans ces provinces, n'ont pas nécessairement fait les dons les plus élevés. Le don annuel moyen aux organismes de la santé a été de 75 $ en Ontario (le don annuel moyen le plus élevé parmi toutes les provinces) et de 58 $ au Québec, mais il a été de seulement 25 $ à Terre-Neuve (le don annuel moyen le plus bas parmi toutes les provinces) et de 36 $ au Nouveau-Brunswick. En fait, à l'exception des donateurs de l'Île-du-Prince-Édouard (qui ont donné, en moyenne, 62 $ aux organismes de la santé pendant l'année de référence), les donateurs des provinces de l'Atlantique ont eu tendance à offrir aux organismes de la santé des dons moins élevés qu'en Ontario, au Québec ou en Saskatchewan, ou à faire des dons équivalents à ceux effectués dans les autres provinces. Cependant, si l'on utilise la médiane comme mesure du don type, les montants les plus élevés ont été offerts par les donateurs du secteur de la santé en Ontario (30 $), au Manitoba (28 $) et en Alberta (28 $) tandis que les montant les plus faibles ont été donnés à Terre-Neuve (11 $) et au Québec (15 $).

Les différences qui font ressortir les diverses mesures (taux de donateurs, don annuel moyen, don annuel médian) laissent supposer qu'il faut être prudent lorsqu'on interprète les variations entre les provinces pour ce qui est des dons caritatifs aux organismes de la santé. Il existe des variations entre les provinces et les régions au niveau des caractéristiques sociales et économiques et, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, ces facteurs peuvent influer sur les contributions financières aux organismes de la santé de même qu'aux autres types d'organisations. En outre, les dons en argent aux organismes de la santé ne sont que l'une de plusieurs formes d'aide possibles. Parmi les autres attitudes coopératives possibles, mentionnons le travail bénévole ou la participation civique aux organismes de la santé. Il faudrait tenir compte de tous ces facteurs lorsqu'on essaie d'établir des inférences liées aux facteurs qui motivent les dons caritatifs, y compris les inférences liées à la générosité ou à d'autres motifs altruistes.

Taille de la communauté

D'après les données de l'ENDBP, il existe un lien entre la taille de la communauté où réside le donateur et les taux et les montants des dons aux organismes de la santé. Par exemple, selon le tableau 5, il pourrait y avoir une relation *inverse* ou *négative* entre la probabilité d'un don caritatif aux organismes de la santé et la taille de la communauté, c'est-à-dire que le taux de donateurs du secteur de la santé tend à augmenter à mesure que la taille de la communauté diminue. On observe le taux de donateurs du secteur de la santé le plus élevé dans les secteurs ruraux (59 %) et dans les communautés de moins de 15 000 personnes (60 %) tandis que le taux de donateurs le plus faible (44 %) est constaté dans les communautés regroupant 500 000 personnes ou plus. En outre, dans les communautés de taille intermédiaire (15 000 à 29 999; 30 000 à 99 999; et 100 000 à 499 999), le taux de donateurs du secteur de la santé était de 56 à 57 %, soit un taux relativement élevé par rapport au taux de donateurs dans les communautés les plus grandes (44 %) et au taux national de donateurs du secteur de la santé (51 %).

Il semble y avoir un lien entre la taille de la communauté et les montants donnés aux organismes de la santé, mais cela n'est pas aussi clair que dans le cas du lien entre le taux de donateurs du secteur de la santé et la taille de la communauté. Ainsi, les donateurs résidant dans des communautés de 500 000 personnes ou plus ont, en moyenne, fait les dons les plus élevés aux organismes de la santé (79 $) tandis que ceux vivant en milieu rural ont donné les montants moyens les moins élevés (44 $) pendant l'année de référence. Cependant, aucun modèle linéraire clair ou constant ne se dégage des contributions annuelles moyennes des donateurs du secteur de la santé dans les autres communautés. Si l'on utilise la médiane comme mesure du montant du don type, l'image est encore plus floue, puisque les montants donnés établis à l'aide de cet indice varient relativement peu suivant la taille des communautés (voir le tableau 5).

Ainsi, même si la taille de la communauté semble réellement liée à la probabilité d'un don aux organismes de la santé et quelque peu liée d'une certaine façon au montant du don effectué, la tendance des variations n'est pas entièrement constante, notamment en ce qui a trait aux relations entre la taille de la communauté et le *montant* du don caritatif versé aux organismes de la santé. Quoiqu'il en soit, les données permettent de supposer que, même si les Canadiens qui résident dans les principaux centres sont moins susceptibles de faire des dons aux organismes de la santé que les Canadiens vivant dans des communautés plus petites ou en milieu rural, les résidants des grands centres ont tendance à faire des dons plus élevés, en moyenne, que les résidants des communautés les plus petites ou des secteurs ruraux.

Rôle du facteur religieux

Les résultats de l'ENDBP démontrent qu'il est important de tenir compte des facteurs religieux lorsqu'on tente de faire la lumière sur les tendances des dons caritatifs au Canada. Cela n'est pas moins vrai lorsqu'il s'agit de dégager les profils des donateurs qui soutiennent les organismes de la santé. Les résultats de l'ENDBP indiquent que plus du tiers des Canadiens (36 %) ont fait des dons en argent aux organismes religieux et que ces dons représentent un peu plus de la moitié (52 %) de la valeur totale des dons. En général, les dons faits aux organismes religieux (267 $) sont plus importants que les dons faits aux organismes non religieux (122 $). Comme nous l'avons déjà mentionné, le don moyen fait aux organismes de la santé pendant l'année de référence était de 62 $. En conséquence, bien que les Canadiens soient davantage enclins à soutenir financièrement les organismes de la santé (51 %) que les organismes religieux (36 %), les sommes données aux organismes religieux sont en moyenne plus élevées que les montants donnés aux organismes de la santé (267 $ contre 62 $).

Les résultats inscrits au tableau 6 indiquent que le taux des dons à des organismes de la santé varie selon l'appartenance religieuse, le taux de participation aux offices religieux et le degré d'engagement religieux. Ainsi, les Canadiens qui ont déclaré faire partie d'une communauté cultuelle[8], quelle que soit l'appartenance religieuse, sont plus enclins (54 %) à contribuer

[8] Selon les résultats de l'ENDBP discutés dans Canadiens dévoués (Hall et coll., 1998), 73 % des Canadiens ont déclaré faire partie d'une communauté cultuelle.

financièrement aux organismes de la santé que ceux qui n'ont pas d'appartenance de ce genre (45 %). Pareillement, la participation aux activités d'une communauté cultuelle, c'est-à-dire l'assistance hebdomadaire aux offices religieux dans une église, une synagogue, une mosquée ou un autre lieu de culte, est associée à un taux plus élevé de dons aux organismes de la santé que la non-participation aux offices hebdomadaires (59 % contre 50 %). De plus, ceux qui se considèrent * très religieux + ont tendance à faire un peu plus de dons aux organismes de bienfaisance (53 %) que ceux qui ne se disent pas * très religieux + (51 %).

Le tableau 7 présente les sommes moyennes versées aux organismes de la santé selon l'appartenance religieuse, la pratique religieuse et le degré d'engagement religieux des donateurs. Les résultats associés aux montants donnés à des organismes de la santé rappellent les thèmes abordés plus haut relativement aux taux des dons faits à des organismes de la santé. Ainsi, les donateurs du secteurs de la santé qui ont déclaré appartenir à une communauté cultuelle ont versé, en moyenne, des sommes plus élevées (64 $) que ceux qui n'ont aucune appartenance religieuse (54 $). La différence est cependant plus grande entre les dons moyens faits aux organismes de la santé par les donateurs qui assistent aux offices religieux hebdomadaires (83 $) et ceux des donateurs qui n'y assistent pas (55 $), et entre les donateurs qui se disent * très religieux + (92 $) et ceux qui ne se considèrent pas comme * très religieux + (57 $). Ces résultats montrent, une fois de plus, l'importance des facteurs religieux dans l'analyse des dons faits aux organismes de la santé. Les résultats indiquent que l'appartenance religieuse, la pratique religieuse et l'engagement religieux ont une incidence probable sur le nombre et la valeur des dons versés aux organismes de la santé.

Méthodes utilisées pour faire des dons

Les donateurs du secteur de la santé, comme les donateurs en général, font leurs dons aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif selon diverses méthodes. Le tableau 8 montre le pourcentage du *nombre* total des dons faits à des organismes de la santé selon différentes méthodes de collecte de fonds, ainsi que le pourcentage de la *valeur* totale des dons faits par les donateurs du secteur de la santé selon chaque méthode utilisée. Il importe de signaler que les résultats inscrits au tableau 8 concernent tous les types d'organismes, y compris les organismes de la santé, mais n'y sont pas restreints[9]. Toutefois, les résultats donnent un aperçu des méthodes qui semblent les plus efficaces pour inciter les gens à donner aux organismes de la santé.

Les résultats du tableau 8 montrent que la méthode la plus fréquemment utilisée par les donateurs est la réponse à la sollicitation porte-à-porte (33 % du nombre total des dons). Cette méthode est suivie par la réponse à une demande reçue par la poste (16 %); le parrainage d'un participant à un événement comme un marathon de marche (15 %). Viennent ensuite les autres méthodes, notamment la sollicitation dans le milieu de travail, au

[9] Il n'a pas été possible de ventiler par type d'organisme les méthodes utilisées pour faire des dons. Par conséquent, les données sur les méthodes utilisées qui figurent dans le tableau 8 portent sur les dons à tous les types d'organismes, non seulement à ceux du secteur de la santé. Cela remarque vaut également pour les raisons qui motivent les donateurs (voir tableau 9).

téléphone, à la télévision ou à la radio (9 %); les dons à une quête faite dans un lieu de culte (0,1 %); les dons commémoratifs (15 %); et la réponse à une sollicitation dans un centre commercial (5 %). D'autres méthodes, moins fréquentes, incluent l'achat de billets pour assister à un événement-bénéfice (5 %); les dons déduits du salaire (1 %); et les dons faits à un organisme à l'initiative du donateur (1%). Ces résultats montrent que la sollicitation porte-à-porte est un moyen particulièrement efficace pour collecter des fonds au profit des organismes de la santé et que les demandes postales sont un autre moyen relativement efficace auprès de ce groupe de donateurs.

Bien que certaines méthodes soient utilisées plus fréquemment par les donateurs, d'autres méthodes génèrent des dons plus considérables en nombre et en valeur. À titre d'exemple, les dons effectués en réponse à la sollicitation porte-à-porte B la méthode la plus fréquemment utilisée par les donateurs du secteur de la santé (33 %) B représentent seulement 15 % du montant total des dons faits par ces donateurs. Par ailleurs, les dons effectués en réponse à une sollicitation postale constituent 14 % du montant total des dons, un pourcentage comparable à celui de sa fréquence d'utilisation (16 %).

Motifs des dons

L'ENDBP comprenait des énoncés des motifs qui incitent les gens à faire des dons aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif. La connaissance de ces motifs fournit parfois des indications valables non seulement aux organismes à la recherche de fonds, mais également à ceux qui s'intéressent aux dons que les Canadiens font aux organismes de bienfaisance. Les résultats ci-après portent sur les motifs donnés par les donateurs du secteur de la santé.

Le tableau 9 montre le pourcentage de donateurs du secteur de la santé qui ont répondu affirmativement aux six énoncés sur les différentes raisons de donner aux organismes de bienfaisance, y compris les organismes de la santé et autres types d'organismes[10]. La plupart de ces donateurs conviennent que leurs motifs sont liés au sentiment de compassion envers les gens dans le besoin (96 %) et au désir de soutenir une cause dans laquelle ils croient personnellement (94 %). Une grande majorité des donateurs ont également déclaré que le fait d'être personnellement touchés par la cause défendue par un organisme les incite à donner (73 %). Certains sont atteints d'une maladie, par exemple, ou connaissent quelqu'un qui souffre de la maladie dont s'occupe l'organisme. De plus, une majorité de 62 % des donateurs sont motivés par leur sentiment de devoir quelque chose à leur communauté. En comparaison, relativement peu de donateurs du secteur de la santé ont donné par fidélité à leurs obligations ou croyances religieuses (34 %) et un faible pourcentage (12 %) de donateurs sont motivés par la perspective d'un crédit d'impôt.

Ces résultats montrent que des facteurs altruistes tels que la compassion envers les gens dans

[10] Les participants à l'enquête ont répondu à chacun de six énoncés; il ne leur a pas été demandé d'exprimer leurs propres motifs ou de dire quelles autres raisons existaient pour faire des dons aux organismes de bienfaisance.

le besoin et le désir de soutenir une cause à laquelle on croit personnellement sont les principales raisons de faire des dons caritatifs. Cependant, il faut situer ces résultats dans le contexte des autres facteurs économiques et personnels comme l'âge, le niveau de scolarité et de revenu, mentionnés précédemment. Il peut être utile dans une recherche ultérieure d'examiner l'importance des facteurs de motivation propres aux différents groupes démographiques.

Rôle des crédits d'impôt

Les dons aux organismes de bienfaisance enregistrés, y compris aux organismes de la santé, sont admissibles à des crédits d'impôt dont peuvent bénéficier les donateurs. Les récents budgets fédéraux ont augmenté les crédits d'impôt accordés aux Canadiens dans le but de les inciter à accroître leur soutien aux organismes de bienfaisance.

Les donateurs profitent-ils des crédits d'impôt offerts pour leurs dons aux organismes de la santé et autres types d'organismes? Dans l'ensemble, 54 % des donateurs indiquent qu'eux-mêmes ou quelqu'un de leur famille demandera un crédit d'impôt pour les dons caritatifs. Toutefois, ce pourcentage varie de 70 %, chez ceux dont les dons annuels aux organismes de la santé atteignent 40 $ ou plus, à 38 %, chez ceux dont les dons annuels sont de 13 $ ou moins (voir le tableau 10).

Est-ce que les donateurs du secteur de la santé contribueraient davantage si les gouvernements offraient un meilleur crédit d'impôt pour les dons caritatifs? Dans l'ensemble, 41 % des donateurs ont indiqué qu'ils augmenteraient leur contribution si le crédit d'impôt était plus élevé. Une fois de plus, ce pourcentage augmente parallèlement à l'importance du don annuel aux organismes de la santé. Ainsi, 44 % des donateurs qui ont versé plus de 40 $ aux organismes de la santé au cours de l'année précédente (le tiers des donateurs qui ont effectué les dons en argent les plus importants) ont indiqué qu'ils donneraient davantage (en général, pas nécessairement aux organismes de la santé) s'il était possible d'obtenir un crédit d'impôt plus élevé, comparativement à 37 % des donateurs qui ont versé 13 $ ou moins aux organismes de la santé pendant l'année de référence.

Ces résultats laissent supposer que seulement un peu plus de la moitié (54 %) des donateurs du secteur de la santé tirent profit des incitatifs fiscaux actuels. Comme on le voit dans le tableau 9, seulement 12 % des donateurs canadiens ont indiqué que la perspective d'un crédit d'impôt constituait le motif de leurs dons. Cependant, ces résultats comportent également un aspect positif : ils indiquent que de meilleurs incitatifs fiscaux pourraient amener les donateurs à augmenter leur contribution, en particulier ceux qui versent des sommes relativement importantes aux organismes de bienfaisance. Il y a donc raison de croire qu'il est possible d'augmenter les dons caritatifs en améliorant les incitatifs fiscaux.

Les liens entre les dons caritatifs et les autres formes de soutien

Il y a bien des moyens pour les Canadiens de s'entraider et de soutenir leurs communautés.

Ils offrent leur soutien aux autres par leur engagement dans une vaste gamme de moyens : dons caritatifs, bénévolat, aide et argent donnés directement à autrui, participation aux organismes communautaires. En outre, les résultats de l'ENDBP laissent supposer qu'il existe des liens importants entre ces activités de soutien. Car la personne engagée dans une activité de soutien est susceptible de participer à d'autres activités du même genre.

Le tableau 11 montre la proportion de la population canadienne âgée de 15 ans et plus qui est engagée dans des activités de soutien en fonction du montant (y compris le montant nul) des dons annuels aux organismes de la santé. D'après ces résultats, les donateurs du secteur de la santé (trois dernières colonnes du tableau 11) sont plus portés à s'engager dans les quatre types d'activités de soutien que ne le sont les Canadiens qui n'ont pas donné aux organismes de la santé (première colonne du tableau 11). De plus, la probabilité d'engagement dans ces quatre activités augmente en fonction du montant donné aux organismes de la santé, bien que les différences les plus marquées soient celles entre les non-donateurs et les donateurs.

Comparaison des résultats relatifs aux donateurs et aux organismes du secteur de la santé et des résultats d'ensemble de l'ENDBP

Dans une large mesure, les résultats concernant les donateurs du secteur de la santé et aux organismes de la santé reflètent les résultats de l'ENDBP dans son ensemble. Comme pour les donateurs du secteur de la santé, la proportion des Canadiens qui ont contribué financièrement aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif varie selon les sous-groupes de la population canadienne, tout comme le montant des dons versés à ces organismes. Tant pour le secteur de la santé que pour l'ensemble de l'ENDBP, les résultats révèlent une relation positive entre la probabilité et le montant des dons, d'une part, et les facteurs âge, niveau de scolarité et revenu, d'autre part. De manière générale, plus le niveau de ces facteurs est élevé, plus la probabilité et le montant des dons augmentent[11]. Les tendances liées au sexe B indiquant qu'un pourcentage plus grand de femmes que d'hommes donnent aux oeuvres de bienfaisance, quoique le montant de leurs dons soit sensiblement le même B ont été observées tant pour les donateurs et organismes du secteur de la santé que dans l'ensemble du champ visé par l'ENDBP. D'après les résultats de l'ENDBP, par exemple, 81 % des femmes ont donné à des organismes de bienfaisance, comparativement à 75 % des hommes. Pour les organismes de la santé, les chiffres correspondants sont de 55 % et de 47 %, respectivement.

Les résultats indiquant un lien entre l'état civil et les dons aux organismes de la santé correspondent, sauf quelques exceptions mineures, aux résultats de l'ENDBP dans son ensemble. Bien que les Canadiens qui sont mariés ou conjoints de fait constituent le groupe le plus susceptible de donner à des organismes de la santé (60 %) ou à un autre type d'organismes (85 %), il existe des différences entre les données du secteur de la santé et les

[11] La relation positive entre les dons caritatifs et les facteurs âge, niveau de scolarité et revenu paraît encore plus forte (linéaire) dans les données générales de l'ENDBP que dans les données sur le secteur de la santé (voir Canadiens dévoués, Hall et coll., 1998).

données générales de l'ENDBP en ce qui concerne l'état civil et les *montants* donnés. D'après les données générales de l'ENDBP, les personnes veuves ont donné les montants annuels moyen (302 $) et médian (121 $) les plus considérables aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif. Cependant, d'après les données du secteur de la santé, ce sont les célibataires qui ont fait les dons moyens les plus importants (79 $) aux organismes de la santé, tandis que personnes veuves ont versé les dons médians les plus importants (38 $).

Le lien entre la situation d'emploi et les dons aux organismes de la santé fait également écho aux résultats généraux de l'ENDBP. Les données du secteur de la santé et les données générales de l'ENDBP indiquent que les personnes qui occupent un emploi se trouvent davantage parmi les donateurs que les personnes sans emploi ou celles qui ne sont pas sur le marché du travail. Ce sont également les personnes ayant un emploi, en particulier les employés à temps partiel, qui ont fait les dons annuels moyens plus importants. Cependant, comme dans le cas des résultats liés à l'état civil, on observe de légères différences entre le secteur de la santé et le domaine général de l'ENDBP. À titre d'exemple, le don annuel moyen le plus élevé aux organismes de la santé et aux organismes de bienfaisance en général est celui des travailleurs à temps partiel, mais on observe une différence pour ce qui est du don annuel médian. Parmi les donateurs du secteur de la santé, ce sont les personnes qui ont un emploi, qui ont un emploi à temps plein et qui ne sont pas sur le marché du travail qui font le don annuel médian le plus important (25 $). Parmi les donateurs des organismes de bienfaisance en général, le don annuel médian le plus élevé (85 $) provient des personnes qui ont un emploi à temps-complet.

À l'exemple des résultats relatifs au secteur de la santé, les résultats de l'ENDBP dans son ensemble montrent que les donateurs ayant un revenu élevé ont tendance à faire des dons plus importants que les donateurs dont le revenu est faible, mais que les premiers ne versent pas un pourcentage plus élevé de leur revenu familial (brut) avant impôt. En effet, parmi l'ensemble des donateurs, ceux de la catégorie ayant le revenu familial le plus faible ont consacré une plus grande proportion de leur revenu aux dons en argent que ne l'ont fait les groupes à revenu plus élevé (1,4 % contre 0,4 %). Les pourcentages pour les donateurs du secteur de la santé dans les groupes à faible revenu et à revenu élevé sont de 0,47 % et de 0,12 %, respectivement.

Par ailleurs, le profil établi pour les donateurs du secteur de la santé en ce qui a trait à la distribution de tous les dons en argent en fonction de l'importance des dons annuels s'applique également à l'ensemble des donateurs. D'après l'ENDBP dans son ensemble, le tiers des donateurs qui ont versé les dons les plus importants (150 $ ou plus) compte pour 86 % de la valeur totale des dons en argent, tandis que les deux autres tiers des donateurs ont versé des contributions annuelles qui représentent le reste, soit 14 %, de la valeur totale des dons en argent. Comme le montre le tableau 3, le tiers des donateurs qui ont donné les montants les plus élevés (40 $ ou plus) ont versé 84 % de la valeur totale des dons en argent faits aux organismes de la santé. Les autres deux tiers des donateurs, ceux dont les dons annuels aux organismes de la santé sont inférieurs à 40 $, ont fourni le reste, soit 16 % de la

valeur totale des dons versés aux organismes de la santé.

Pour ce qui est des variations provinciales, les tendances constatées pour les donateurs et les organismes du secteur de la santé se retrouvent également dans les données générales de l'ENDBP[12]. Comme dans le secteur de la santé, les taux les plus élevés de donateurs (82 % à 84 %) se trouvent dans les provinces de l'Atlantique, bien que les donateurs de ces provinces aient tendance à faire des dons plus petits comparativement à ceux des autres provinces. Certaines différences se dégagent toutefois entre les données sur le secteur de la santé et les données de l'ENDBP dans son ensemble. Par exemple, la valeur moyenne des dons faits par les donateurs du Québec arrivait au dernier rang (127 $) pour les organismes de bienfaisance en général, mais au deuxième rang (58 $) pour les organismes de la santé pendant l'année de référence. Néanmoins, il importe de rappeler B et cela vaut tout autant dans le secteur de la santé B que les dons aux organismes de bienfaisance en général sont liés à des facteurs tels que la capacité financière du donateur, les valeurs et les attitudes rattachées au don et les occasions de faire un don. Aussi faut-il se montrer prudent avant d'attribuer les différences en matière de dons caritatifs à des variations de l'esprit de générosité ou d'autres facteurs altruistes.

Le rôle de la religion est un autre point sur lequel les résultats dans le secteur de la santé concordent avec ceux de l'ensemble des organismes de bienfaisance. Comme nous l'avons mentionné précédemment, plus du tiers des Canadiennes (36 %) ont fait des dons caritatifs aux organismes religieux et ces dons représentent la moitié (52 %) de la valeur totale de l'ensemble des dons. De plus, les donateurs qui ont déclaré faire partie d'une communauté cultuelle sont plus enclins à faire des dons (82 %) que ceux qui n'ont pas d'appartenance de ce genre (67 %). Chez les donateurs du secteur de la santé, les chiffres correspondants sont de 54 % et de 45 %, respectivement. Ceux qui ont déclaré une appartenance religieuse ont également donné des sommes moyennes plus élevées (271 $) pendant l'année de référence que ceux n'ayant pas d'appartenance religieuse (126 $). La différence entre les montants donnés au secteur de la santé par les personnes ayant une appartenance religieuse ($64) et ceux qui n'en ont pas ($54) est cependant moins marquée qu'elle ne l'était pour l'ensemble des donateurs canadiens.

Comme c'est le cas pour les donateurs du secteur de la santé, l'ensemble des donateurs canadiens qui assistent à un office religieux hebdomadaire sont plus enclins (90 %) à faire des dons caritatifs que ceux qui n'y assistent pas (76 %). En comparaison, les chiffres correspondants pour les donateurs du secteur de la santé sont de 59 % et de 50 %, respectivement. De plus, au cours de l'année de référence, les donateurs canadiens qui assistent aux offices religieux hebdomadaires ont versé en moyenne des sommes plus élevées (551 $) que ceux qui n'y assistent pas (148 $). Chez les donateurs du secteur de la santé, comme nous l'avons mentionné précédemment, les chiffres correspondants sont de 83 $ et de 55 $, respectivement. Enfin, les Canadiens qui se décrivent comme étant * très religieux +

[12] Les variations des dons aux organismes de bienfaisance en fonction de la taille des communautés n'ont pas été étudiées dans Canadiens dévoués (Hall et coll., 1998).

sont plus portés à faire des dons B et des dons plus considérables B aux organismes de bienfaisance que ceux qui ne se considèrent pas comme * très religieux +. Comme on l'a déjà mentionné pour les donateurs et les organismes du secteur de la santé, la différence entre les donateurs qui se décrivent comme * très religieux + (53 %) et ceux qui ne se disent pas * très religieux + (51 %) n'est pas très grande, bien que l'écart entre les dons moyens soit relativement important (92 $ et 57 $, respectivement). Dans l'ensemble, tant les résultats généraux de l'ENDBP que les résultats propres au secteur de la santé montrent l'importance du facteur religieux dans l'établissement des profils des donateurs.

Quant aux méthodes de don, les résultats relatifs aux donateurs du secteur de la santé comportent de fortes similitudes avec les résultats concernant l'ensemble des donateurs. Ainsi, comme dans le cas des donateurs du secteur de la santé, les trois méthodes les plus fréquemment utilisées par les donateurs en général sont la réponse à une sollicitation porte-à-porte (19 % de tous les dons), la réponse à une demande reçue par la poste (15 %) et le parrainage d'un participant à un événement comme un marathon de marche (14 %). Une fois de plus B comme ce fut le cas des donateurs du secteur de la santé B les deux méthodes qui produisent le plus sont les collectes dans les lieux de culte (48 % de la valeur totale des dons) et la sollicitation par la poste (13 % de la valeur totale des dons)..

En ce qui concerne les raisons de faire des dons en argent, les résultats pour l'ensemble des donateurs sont remarquablement semblables à ceux pour les donateurs du secteur de la santé. Basé sur le pourcentage des donateurs se déclarant d'accord avec chacun des énoncés, le classement par rang des énoncés est le même pour les deux groupes de donateurs et les pourcentages d'approbation sont sensiblement les mêmes. Dans l'ensemble, 94 % ont déclaré que les raisons qui les incitent à donner sont liées à la compassion envers les gens dans le besoin; 91% veulent soutenir une cause à laquelle ils croient personnellement; 65 % mentionnent qu'ils sont touchés par la cause que soutient l'organisme; 58 % donnent parce qu'ils ont l'impression de devoir quelque chose à leur communauté; 34 % sont motivés par leurs croyances ou leurs obligations religieuses; 11 % affirment qu'ils donnent pour obtenir un crédit d'impôt.

En ce qui a trait au rôle des crédits d'impôt, les résultats pour l'ensemble des donateurs sont semblables aux résultats pour les donateurs du secteur de la santé. Dans l'ensemble, 47 % des donateurs (comparativement à 54 % de ceux du secteur de la santé) indiquent qu'eux-mêmes ou quelqu'un de leur famille réclamera un crédit d'impôt pour leurs dons caritatifs. Comme nous l'avons vu chez les donateurs du secteur de la santé, le pourcentage pour l'ensemble des donateurs varie de 76 %, chez ceux dont les dons annuels atteignent 150 $ ou plus, à 19 % chez ceux dont les dons annuels sont de 39 $ ou moins. En outre, 37 % des donateurs canadiens en général (comparativement à 41 % des donateurs du secteur de la santé) indiquent qu'ils donneraient davantage si les crédits d'impôt offerts étaient plus élevés. Une fois de plus, comme dans le cas des donateurs du secteur de la santé, le pourcentage augmente en fonction de l'importance du don : 46 % des personnes qui donnent plus de 150 $ par année indiquent qu'elles donneraient davantage si on leur offrait un crédit d'impôt plus élevé, comparativement à 30 % de celles dont les dons annuels sont inférieurs à

40 $.

Ainsi, en matière de crédits d'impôts, les tendances observées chez les donateurs du secteur de la santé se retrouvent dans l'ensemble de l'ENDBP. Les résultats laissent supposer que de meilleurs crédits d'impôt pourraient augmenter les dons aux organismes de la santé ainsi qu'aux autres types d'organismes en général. Ils indiquent également que les donateurs du secteur de la santé sont légèrement plus nombreux que l'ensemble des donateurs à demander un crédit d'impôt pour leurs dons caritatifs (54 % contre 46 %) et à affirmer qu'ils augmenteraient leurs dons si de meilleurs crédits d'impôt étaient offerts (41 % contre 37 %).

Quant aux liens entre les dons caritatifs et les autres formes de soutien, le même profil se dégage de l'ensemble de l'ENDBP et des données relatives au secteur de la santé. Les donateurs canadiens en général sont plus enclins que les non-donateurs à s'engager dans des activités de soutien, comme le bénévolat, l'aide et l'argent donnés directement à autrui et la participation aux organismes communautaires. De plus, comme chez les donateurs du secteur de la santé, la probabilité d'engagement dans ces activités de soutien augmente en fonction de l'importance du montant donné.

Comparaisons entre les organismes de la santé et autres types d'organismes

Comme en fait état *Canadiens dévoués* (Hall et coll., 1998), les particuliers et les communautés du Canada bénéficient des nombreux et divers services et programmes offerts par les organismes de bienfaisance et sans but lucratif : banques alimentaires, soutien à la recherche médicale, prestation de services de réadaptation, formation à l'emploi, secours aux sinistrés, programmes de sports et de loisirs, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les résultats de l'ENDBP montrent la distribution de tous les dons déclarés en fonction du type d'organisme bénéficiaire. Les organismes du secteur de la santé ont reçu le plus grand nombre de dons individuels (38 % de tous les dons), suivi des organismes de services sociaux (21 %), des organismes religieux (15 %), des organismes d'éducation et de recherche (7 %), des organismes de philanthropie et de bénévolat (5 %), des organismes artistiques et culturels (4 %), des organismes internationaux (2 %), des organismes environnementaux (2 %) et des autres (2 %)[13].

[13] Cette dernière catégorie comprend quatre types d'organisations : développement et logement; droit, défense d'intérêt et politique; associations de gens d'affaires et professionnelles; autres organisations non classées ailleurs.

Quant au montant total donné, les organismes religieux ont été les principaux bénéficiaires des dons, recevant près de 2,29 milliards de dollars, soit plus de la moitié (52 %) de la valeur totale des dons (4,44 milliards). Comme nous l'avons déjà mentionné, cela tient au fait que le montant des dons aux organismes religieux est plus élevé que dans le cas des organismes non religieux. Les organismes de la santé viennent au deuxième rang, ayant reçu 17 % du montant total des dons, soit 748 millions de dollars, suivis des organismes de services sociaux, qui ont reçu 502 millions (11 % de la valeur totale des dons), des organismes de philanthropie et de bénévolat (6 %), des organismes d'éducation et de recherche (4 %), des organismes artistiques et culturels (3 %), des organismes internationaux (3 %), des organismes environnementaux (2 %) et des autres organismes (2 %).

La plupart des donateurs ne soutiennent pas seulement un type d'organisme. En effet, seulement 28 % des donateurs s'en sont tenus à un seul type d'organisme, alors que 72 % ont donné à deux différents types d'organisme ou plus. Parmi ceux-ci, 39 % ont appuyé deux types d'organismes, 23 % en ont appuyé trois et 19 % en ont soutenu quatre ou plus.

Conclusion

Les résultats commentés dans le présent rapport montrent l'utilité du système de classification des organismes de l'ENDBP pour une analyse détaillée du soutien financier que la population canadienne apporte aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif. Le soutien financier varie en fonction des caractéristiques personnelles et économiques, entre les provinces, selon la taille des communautés et suivant le jeu de facteurs religieux. Les résultats montrent également une capacité de soutien plus grande chez les Canadiens ayant un revenu plus élevé, une concentration du soutien et la possibilité d'accroître celui-ci par des incitatifs fiscaux. De plus, les résultats révèlent l'efficacité particulière de la sollicitation porte-à-porte pour la collecte de dons au profit des organismes de la santé. Les motifs des donateurs du secteur de la santé comprennent la compassion envers les gens dans le besoin et le désir de soutenir une cause à laquelle ils croient personnellement. Enfin, les résultats indiquent des liens importants entre les diverses formes de soutien (don caritatif, bénévolat et participation) offert par les donateurs du secteur de la santé. De manière générale, les résultats sont assez compatibles avec ceux qui sont discutés dans *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : Points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation* (Hall et coll., 1998).

L'information sur les profils des donateurs canadiens qui contribuent aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif de la santé est essentielle à la croissance et à la durabilité du secteur bénévole de la santé et contribuera à maintenir la capacité des organismes bénévoles de la santé d'offrir un large éventail de services pour la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens et des communautés canadiennes.

Tableau 1	Taux de donateurs, montant annuel moyen et médian des dons aux organismes de la santé, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997		
Caractéristiques	**Taux de donateurs (%)**	**Don moyen ($)**	**Don médian ($)**
Âge			
15 - 24	27	38	10
25 - 34	48	42	20
35 - 44	56	72	25
45 - 54	60	64	29
55 - 64	61	68	29
65 et plus	57	72	30
Sexe			
Masculin	47	62	22
Féminin	55	62	25
État civil			
Marié	60	58	25
Célibataire, jamais marié	32	79	20
Veuf	51	72	38
Séparé / divorcé	44	53	25
Niveau de scolarité			
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	43	41	18
Diplôme d'études secondaires	49	57	25
Études postsecondaires partielles	47	53	26
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	56	54	25
Diplôme universitaire	64	118	35
Situation d'emploi			
Occupe un emploi	55	64	25
À temps plein	55	61	25
À temps partiel	53	79	20
Sans emploi	39	24	10
Hors du marché du travail	46	61	25
Revenu familial ($)			
Moins de 20 000	34	40	19
20 000 - 39 999	50	41	20
40 000 - 59 999	54	49	25
60 000 - 79 999	58	53	25
80 000 et plus	69	127	39
Total	**51**	**62**	**25**

Tableau 2 Pourcentage du revenu du ménage consacré aux dons en argent aux organismes de la santé, selon le niveau de revenu du ménage, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Revenu du ménage annuel brut	Pourcentage remis en don à des organismes de la santé
Moins de 20 000 $	0,47 %
20 000 - 39 999 $	0,15 %
40 000 - 59 999 $	0,11 %
60 000 - 79 999 $	0,08 %
80 000 $ ou plus	0,12 %

Tableau 3 Distribution de tous les dons en argent aux organismes de la santé, selon le montant des dons annuels, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Montant des dons	Pourcentage des donateurs	Pourcentage des dons
Don de 14 $ ou moins	33 %	4 %
Don de 15 - 39 $	33 %	12 %
Don de 40 $ ou plus	33 %	84 %

Tableau 4 Taux de donateurs, montant moyen et médian des dons aux organismes de la santé, par province, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997

Province	Taux de donateurs (%)	Don moyen ($)	Don médian ($)
Canada	**51**	**62**	**25**
Terre-Neuve	70	25	11
Île-du-Prince-Édouard	69	62	20
Nouvelle-Écosse	63	43	20
Nouveau-Brunswick	62	36	20
Québec	44	58	15
Ontario	56	75	30
Manitoba	53	61	28
Saskatchewan	60	41	20
Alberta	52	54	28
Colombie-Britannique	46	52	25

Tableau 5 Taux de donateurs et montant moyen et médian des dons aux organismes de la santé, selon la taille des communautés, population canadienne âgée de 15 ans et plus, 1997

Population de la communauté	Taux des donateurs (%)	Don moyen ($)	Don médian ($)
500 000 ou plus	44	79	25
100 000 - 499 999	57	53	25
30 000 - 99 999	56	48	20
15 000 - 29 999	57	59	25
Moins de 15 000	60	48	20
Zone rurale	59	44	20

Tableau 6 Taux de donateurs selon l'appartenance à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et le degré d'engagement religieux, population canadienne âgée de 15 et plus, 1997

	Taux de donateurs (%)
Appartenance à une religion	
Oui	54
Non	45
Pratique religieuse hebdomadaire	
Oui	59
Non	50
Se considérant comme * très religieux +	
Oui	53
Non	51

Tableau 7 Montant moyen des dons pendant les 12 mois de la période de référence, selon l'appartenance à une religion, la fréquentation d'un lieu de culte et le degré d'engagement religieux, population canadienne âgée de 15 et plus, 1997

	Don annuel moyen ($)
Appartenance à une religion	
Oui	64
Non	64
Pratique religieuse hebdomadaire	
Oui	83
Non	55
Se considérant comme * très religieux +	
Oui	92
Non	57

Tableau 8 Méthodes utilisées pour faire des dons, en pourcentage du nombre total et de la valeur totale des dons faits aux organismes de la santé, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Méthode de sollicitation	Pourcentage du nombre des dons	Pourcentage de la valeur des dons
Sollicitation par la poste	16	23
Prix d'entrée à un événement-bénéfice	5	13
Retenue sur le salaire	1	2
Parrainage d'un événement	15	9
Don commémoratif	15	20
Sollicitation porte-à-porte	33	15
Dans un centre commercial	5	1
Dans un lieu de culte	0,1	0
Initiative personnelle	1	9
Autres	9	9

Tableau 9 Motifs des dons en argent aux organismes de bienfaisance et sans but lucratif, donateurs canadiens âgés de 15 ans et plus, 1997

Motif des dons en argent	Pourcentage des donateurs
Sentiment de compassion pour les personnes dans le besoin	96
Soutien à une cause à laquelle on croit personnellement	94
Personnellement concerné par la cause	73
Sentiment de devoir quelque chose à sa communauté	62
Fidélité à ses croyances et obligations religieuses	34
Crédit d'impôt	12

Tableau 10	Pourcentage des donateurs qui demandent un crédit d'impôt et qui donneraient davantage si le crédit d'impôt était plus élevé, selon le montant des dons annuels aux organismes de la santé, donateurs canadiens âgées de 15 ans et plus, 1997		
	Montant des dons		
	1 - 14 $	**15 - 39 $**	**40 $ ou plus**
Réclameront un crédit d'impôt	38 %	54 %	70 %
Donneraient davantage si le crédit d'impôt était plus élevé	37 %	42 %	44 %

Tableau 11	Pourcentage de Canadiens âgés de 15 ans et plus engagés dans des activités de soutien, selon le montant des dons annuels en argent aux organismes de la santé, 1997			
Activité de soutien	**Montant des dons**			
	Aucun	**1 - 14 $**	**15 - 39 $**	**40 $ ou plus**
Bénévolat	22 %	34 %	39 %	48 %
Aide à autrui	62 %	82 %	83 %	85 %
Don direct à autrui	36 %	47 %	48 %	57 %
Participation dans des organismes communautaires	40 %	54 %	61 %	69 %

Bibliographie

Hall, M., et L. Macpherson (1997). A provincial portrait of Canada's charities, *Research Bulletin, 4 (2-3)*, Centre canadien de philanthropie, pp. 1-12.

Hall, M., T.Knighton, P. Reed, P. Bussière, D. McRae et P. Bowen (1998). *Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête nationale de 1997 sur le don, le bénévolat et la participation.*

Groupe de travail mixte sur le secteur bénévole (1999). *Bâtir la relation entre les organisations nationales bénévoles du domaine de la santé et Santé Canada - Un cadre d'action.*

Salamon, L. M., et H. K. Anheier (1997). Toward a common classification, dans Salamon, L. M., et H. Anheier (réd.), *Defining the nonprofit sector: A cross-national analysis*, Manchester, Manchester University Press, pp. 51-100.

Salamon, L. M., H. K. Anheier et coll. (1998). *The emerging sector revisited: A summary*, Center for Civil Society Studies, The Johns Hopkins University.

Annexe A - Tableaux des provinces

Annexe A.1 - Donateurs de Terre-Neuve (311 738 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Age					
15-24	35	460	6	16	5
25-34	72	1 329	17	21	10
35-44	77	2 019	26	28	14
45-54	77	1 796	23	30	13
55-64	80	879	11	24	15
65 et plus	84	1 171	15	24	10
Sexe					
Masculin	63	3 761	49	27	11
Féminin	76	3 893	51	23	11
État civil					
Marié ou conjoint de fait	80	5 116	67	22	11
Célibataire, jamais marié	42	1 766	23	36	10
Veuf	85	484	6	26	15
Séparé ou divorcé	61	288	4	25	10
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	62	1 813	24	16	7
Diplôme d'études secondaires	59	814	11	21	10
Études postsecondaires partielles	75	444	6	18	6
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	79	3 034	40	31	15
Diplôme universitaire	86	1 549	20	46	20
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	74	4 022	53	28	15
À temps plein	74	3 632	47	30	17
À temps partiel	77	390	5	18	8
Sans emploi	61	298	4	15	10
Hors du marché du travail	67	3 335	44	23	10
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	64	1 541	20	16	6
20 000 - 39 999	71	1 689	22	16	11
40 000 - 59 999	72	1 989	26	39	20
60 000 - 79 999	69	1 353	18	40	20
80 000 et plus	87	1 083	14	40	23
Total	**70**	**7 654**	**100**	**25**	**11**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Annexe A.2 - Donateurs de l'Île-du-Prince-Édouard (74 331 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	26	119	3	23	20
25-34	65	338	7	25	20
35-44	90	792	17	42	23
45-54	85	704	15	46	30
55-64	68	374	8	47	20
65 et plus	82	2 306	50	168	16
Sexe					
Masculin	63	2 906	63	89	20
Féminin	75	1 726	37	42	20
État civil					
Marié ou conjoint de fait	83	3 584	77	68	20
Célibataire, jamais marié	38	555	12	49	25
Veuf	72	335	7	54	20
Séparé ou divorcé	65	158	3	40	20
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	67	653	14	29	19
Diplôme d'études second.	67	482	10	39	25
Études postsecondaires partielles	51	109	2	30	20
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	74	992	21	42	20
Diplôme universitaire	76	2 396	52	199	38
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	72	3 605	78	79	25
À temps plein	78	3 448	74	86	25
À temps partiel	47	157	3	28	10
Sans emploi	66	112	2	20	15
Hors du marché du travail	65	914	20	40	19
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	59	636	14	32	15
20 000 - 39 999	73	867	19	38	20
40 000 - 59 999	78	935	20	48	28
60 000 - 79 999	63	1 935	42	301	30
80 000 et plus	78	259	6	45	30
Total	**69**	**4 632**	**100**	**62**	**20**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Annexe A.3 - Donateurs de la Nouvelle-Écosse (471 479 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	31	674	3	18	14
25-34	58	1 806	9	22	15
35-44	71	3 837	19	35	20
45-54	77	5 601	28	57	25
55-64	74	2 741	13	45	33
65 et plus	72	5 673	28	68	30
Sexe					
Masculin	59	8 872	44	42	20
Féminin	68	11 461	56	44	23
État civil					
Marié ou conjoint de fait	74	14 709	72	43	23
Célibataire, jamais marié	37	2 288	11	32	15
Veuf	69	1 672	8	62	40
Séparé ou divorcé	63	1 664	8	51	20
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	52	4 414	22	34	20
Diplôme d'études secondaires	60	2 975	15	45	20
Études postsecondaires partielles	62	1 216	6	38	18
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	70	7 904	39	44	24
Diplôme universitaire	82	3 824	19	60	30
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	69	11 002	54	41	24
À temps plein	72	9 214	45	42	25
À temps partiel	60	1 787	9	37	15
Sans emploi	44	350	2	16	10
Hors du marché du travail	59	8 981	44	49	20
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	44	3 465	17	36	18
20 000 - 39 999	67	5 223	26	35	16
40 000 - 59 999	70	5 058	25	45	24
60 000 - 79 999	74	3 624	18	55	28
80 000 et plus	86	2 963	15	64	40
Total	**63**	**20 333**	**100**	**43**	**20**

Annexe A.4 - Donateurs du Nouveau-Brunswick (471 479 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	26	417	3	16	6
25-34	57	1 725	13	26	16
35-44	77	3 207	24	33	20
45-54	70	3 229	24	45	23
55-64	76	2 095	16	43	20
65 et plus	69	2 767	21	44	23
Sexe					
Masculin	55	6 029	45	37	16
Féminin	67	7 410	21	36	20
État civil					
Marié ou conjoint de fait	76	10 199	76	36	20
Célibataire, jamais marié	28	978	7	23	10
Veuf	58	1 374	10	63	30
Séparé ou divorcé	56	889	7	37	20
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	53	2 790	21	25	12
Diplôme d'études secondaires	62	2 164	16	28	13
Études postsecondaires partielles	47	1 139	8	49	20
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	71	4 298	32	37	20
Diplôme universitaire	79	3 049	23	73	40
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	66	7 788	58	39	20
À temps plein	68	6 894	51	41	20
À temps partiel	60	894	7	29	20
Sans emploi	46	414	3	20	10
Hors du marché du travail	59	5 238	39	35	15
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	47	2 340	17	30	13
20 000 - 39 999	65	3 325	25	28	13
40 000 - 59 999	66	3 291	24	35	20
60 000 - 79 999	66	1 953	15	45	30
80 000 et plus	79	2 530	19	68	30
Total	**62**	**13 440**	**100**	**36**	**20**

Annexe A.5 - Donateurs du Québec (2 474 350 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	19	3 478	3	18	10
25-34	32	7 546	5	22	12
35-44	49	70 580	51	112	15
45-54	50	22 360	16	43	20
55-64	42	17 911	13	63	20
65 et plus	45	16 027	12	41	15
Sexe					
Masculin	35	43 011	31	42	15
Féminin	46	94 890	69	71	15
État civil					
Marié ou conjoint de fait	47	61 338	44	37	15
Célibataire, jamais marié	23	57 990	42	171	10
Veuf	46	10 423	8	54	20
Séparé ou divorcé	36	8 150	6	49	15
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	35	19 794	14	28	11
Diplôme d'études secondaires	39	11 654	8	33	12
Études postsecondaires partielles	33	6 857	5	44	21
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	43	24 529	18	31	16
Diplôme universitaire	49	75 067	54	219	24
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	45	109 585	79	74	18
À temps plein	45	53 110	38	43	19
À temps partiel	42	56 475	41	223	15
Sans emploi	34	1 620	1	14	10
Hors du marché du travail	34	26 697	19	35	14
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	28	15 236	11	31	10
20 000 - 39 999	40	17 089	12	26	11
40 000 - 59 999	42	17 152	12	32	17
60 000 - 79 999	48	8 224	6	28	20
80 000 et plus	60	80 200	58	208	25
Total	**40**	**137 901**	**100**	**58**	**15**

Annexe A.6 - Donateurs de l'Ontario (5 084 840 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	33	27 414	7	56	15
25-34	55	51 492	13	51	23
35-44	58	86 044	23	77	30
45-54	65	80 321	21	84	35
55-64	68	56 415	15	85	35
65 et plus	64	80 286	21	94	41
Sexe					
Masculin	52	187 067	49	82	28
Féminin	61	194 905	51	70	33
État civil					
Marié ou conjoint de fait	65	280 632	73	78	33
Célibataire, jamais marié	39	59 828	16	66	20
Veuf	52	24 153	6	88	50
Séparé ou divorcé	50	17 359	5	55	25
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	47	65 240	17	55	20
Diplôme d'études secondaires	54	72 022	19	72	31
Études postsecondaires partielles	53	32 330	8	60	30
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	63	105 272	28	71	30
Diplôme universitaire	68	107 108	28	122	45
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	60	242 696	64	74	30
À temps plein	60	212 899	56	81	31
À temps partiel	58	29 797	8	47	20
Sans emploi	38	5 558	1	33	12
Hors du marché du travail	53	133 717	35	81	35
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	35	29 798	8	48	25
20 000 - 39 999	56	56 777	15	53	25
40 000 - 59 999	58	70 699	19	57	30
60 000 - 79 999	61	57 582	15	60	30
80 000 et plus	73	167 116	44	138	50
Total	**56**	**381 972**	**100**	**75**	**30**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Annexe A.7 - Donateurs du Manitoba (459 577 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	19	715	3	25	10
25-34	49	3 294	12	42	17
35-44	65	7 012	25	61	30
45-54	69	5 318	19	56	35
55-64	65	5 089	18	87	29
65 +	57	6 520	23	78	40
Sexe					
Masculin	49	15 685	56	76	30
Féminin	58	12 263	44	48	25
État civil					
Marié ou conjoint de fait	66	21 920	78	63	29
Célibataire, jamais marié	23	2 589	9	51	16
Veuf	57	2 329	8	58	35
Séparé ou divorcé	42	1 110	4	51	20
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	41	4 598	16	39	15
Diplôme d'études secondaires	50	5 589	20	64	20
Études postsecondaires partielles	60	3 155	11	77	35
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	65	9 493	34	65	35
Diplôme universitaire	64	5 113	18	75	33
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	57	17 374	62	55	26
À temps plein	58	14 321	51	59	26
À temps partiel	53	3 053	11	41	25
Sans emploi	34	203	1	21	10
Hors du marché du travail	48	10 371	37	79	35
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	40	4 205	15	48	20
20 000 - 39 999	46	4 167	15	42	20
40 000 - 59 999	63	7 232	26	53	30
60 000 - 79 999	61	4 628	17	65	33
80 000 et plus	67	7 717	28	116	44
Total	**53**	**27 948**	**100**	**61**	**28**

Annexe A.8 - Donateurs de la Saskatchewan (458 425 donateurs)

Caractéristique	***Taux de donateurs*** (%)	***Total des dons*** (k$)	***Pourcentage des dons***	***Don moyen*** ($)	***Don médian*** ($)
Âge					
15-24	25	1 064	6	30	13
25-34	61	219	13	30	20
35-44	68	4 600	24	43	20
45-54	71	3 499	18	43	20
55-64	74	2 427	13	41	25
65 et plus	68	4 946	26	52	26
Sexe					
Masculin	58	8 057	43	37	20
Féminin	62	10 898	57	45	23
État civil					
Marié ou conjoint de fait	73	14 322	76	42	21
Célibataire, jamais marié	30	2 023	11	36	20
Veuf	62	1 558	8	49	30
Séparé ou divorcé	55	1 053	6	40	15
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	51	4 979	26	38	18
Diplôme d'études secondaires	60	3 378	18	39	20
Études postsecondaires partielles	53	1 791	9	40	20
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	69	6 216	33	44	25
Diplôme universitaire	75	2 591	14	47	30
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	63	11 227	59	38	20
À temps plein	67	8 991	47	36	20
À temps partiel	48	2 236	12	45	25
Sans emploi	34	187	1	19	13
Hors du marché du travail	59	7 542	40	50	23
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	49	3 179	17	36	20
20 000 - 39 999	56	5 095	27	41	20
40 000 - 59 999	64	4 024	21	37	20
60 000 - 79 999	72	3 448	18	44	25
80 000 et plus	72	3 208	17	57	35
Total	**60**	**18 955**	**100**	**41**	**20**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Annexe A.9 - Donateurs de l'Alberta (1 130 726 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	26	3 696	6	36	20
25-34	53	10 915	18	46	20
35-44	57	15 838	26	55	30
45-54	68	14 062	23	60	38
55-64	55	7 940	13	68	30
65 et plus	55	86 73	14	60	30
Sexe					
Masculin	48	25 679	42	49	23
Féminin	56	35 445	58	58	30
État civil					
Marié ou conjoint de fait	61	43 502	71	53	26
Célibataire, jamais marié	33	9 660	16	49	20
Veuf	46	3 986	7	77	70
Séparé ou divorcé	47	3 977	7	69	50
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	38	9 280	15	43	20
Diplôme d'études secondaires	51	13 680	22	61	32
Études postsecondaires partielles	44	4 305	7	54	38
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	59	19 927	33	51	28
Diplôme universitaire	68	13 932	23	63	30
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	55	44 863	73	53	30
À temps plein	55	34 933	57	53	30
À temps partiel	53	9 931	16	56	26
Sans emploi	35	693	1	22	10
Hors du marché du travail	46	15 568	25	60	26
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	34	5 865	10	42	21
20 000 - 39 999	44	12 870	21	53	26
40 000 - 59 999	54	15 525	25	49	25
60 000 - 79 999	61	10 800	18	51	26
80 000 et plus	78	16 065	26	73	45
Total	**52**	**61 124**	**100**	**54**	**28**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation

Annexe A.10 - Donateurs de la Colombie-Britannique (1 422 654 donateurs)

Caractéristique	*Taux de donateurs* (%)	*Total des dons* (k$)	*Pourcentage des dons*	*Don moyen* ($)	*Don médian* ($)
Âge					
15-24	24	2 640	4	22	16
25-34	39	12 678	17	53	20
35-44	50	12 954	18	39	22
45-54	50	16 557	22	63	35
55-64	67	11 076	15	50	25
65 et plus	51	17 705	24	73	40
Sexe					
Masculin	44	35 653	48	53	20
Féminin	47	37 958	52	51	26
État civil					
Marié ou conjoint de fait	55	46 157	63	44	25
Célibataire, jamais marié	27	16 124	22	70	25
Veuf	47	6 322	9	93	50
Séparé ou divorcé	36	5 007	7	58	40
Niveau de scolarité					
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	37	8 935	12	34	20
Diplôme d'études secondaires	42	13 286	18	49	30
Études postsecondaires partielles	43	8 133	11	45	28
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	48	24 034	33	54	25
Diplôme universitaire	64	19 222	26	72	25
Situation d'emploi					
Occupe un emploi	49	47 560	65	52	25
À temps plein	48	33 124	45	48	25
À temps partiel	52	14 437	20	68	25
Sans emploi	43	1 991	3	24	10
Hors du marché du travail	40	24 059	33	56	28
Revenu familial ($)					
Moins de 20 000	28	10 120	14	53	25
20 000 - 39 999	45	12 587	17	38	20
40 000 - 59 999	49	18 935	26	58	25
60 000 - 79 999	51	13 728	19	52	25
80 000 et plus	61	18 239	25	60	30
Total	**46**	**73 610**	**100**	**52**	**2**

Dons caritatifs aux organismes de bienfaisance et Aux organismes sans but lucratif du secteur de la santé : Perspectives tirées de l'enquête nationale sur le don, Le bénévolat et la participation